



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## **A intervenção psicomotora no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa da CERCILisboa**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de  
Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientadora:** Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

**Júri:**

**Presidente**

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

**Vogal**

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

**Vogal**

Professor Doutor António José Mendes Rodrigues

Ana Rita Mendes Moreno  
2012

**Resumo:**

Durante o estágio no Centro de Transição da Vida Adulta e Ativa (CTVAA), da CERCILisboa, foi possível contactar com a realidade institucional da população adulta com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID). Foram aprofundadas habilidades profissionais, como a avaliação com a Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa e a Escala de Intensidade de Apoios e intervenção com a população com DID em diversos contextos. A intervenção realizou-se em contexto de atividade motora e atividade em meio aquático, com o principal objetivo de preservar a funcionalidade dos clientes.

De uma forma paralela foi realizado um pequeno levantamento estatístico do tipo de apoios que os clientes do CTVAA necessitam para realizar vários tipos de tarefas.

**Palavras-chave:** Avaliação, Atividade Motora, Atividade em Meio Aquático., Estágio, Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidas, Apoios, Funcionalidade

**Abstract:**

Within this internship at the *Centro de Transição da Vida Adulta e Ativa (CTVAA)* was possible to contact with the reality of the adult population with Intellectual and Developmental Difficulties (IDD). The work aimed the strengthening of professional skills, such as Adaptive Behavior Scale and Supports Intensity Scale application and intervention with people with IDD in several contexts. The intervention took place in the context of motor activity and aquatic activity, with the primary objective of preserving the functionality of the clients.

In parallel was also conducted a small statistical study of the types of supports that clients in CTVAA need to perform various tasks.

**Key-words:** assessment, physical activity, aquatic therapy, internship, Intellectual and Developmental Disabilities, Supports, Independent Functioning

## Índice

Introdução.....	5
Caracterização da instituição.....	6
CERCI Lisboa .....	6
CERCI Lisboa – Atualmente.....	7
CERCI Lisboa e as suas múltiplas valências.....	8
Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa .....	9
Complexo desportivo do Casal Vistoso .....	11
Caraterização da população-alvo .....	11
Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental.....	11
Etiologia .....	12
Caracterização da DID .....	12
Trissomia 21 .....	13
Deficiência Motora.....	15
Perturbação do Espectro do Autismo.....	17
Psicomotricidade na instituição .....	18
A Intervenção Psicomotora e contextos .....	19
Atividade Motora Adaptada (AMA) .....	19
Atividade em Meio Aquático .....	20
A Intervenção Psicomotora no CTVAA.....	23
Estratégias e ajudas.....	24
Processo de Avaliação .....	25
Instrumentos.....	25
Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP) .....	25
Escala de Intensidade de Apoios.....	27
Processo de Intervenção.....	29
Estudo de caso .....	31
Avaliação da C.M. ....	33
Outras Atividades .....	36
Projeto de Intervenção/Investigação .....	37
Conclusão.....	43
Reflexão pessoal .....	44
Bibliografia .....	46
Anexos .....	50
Anexo A - Avaliações.....	51
Anexo B – Exemplos de planeamentos .....	54

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Horário da intervenção no CTVAA .....	23
Tabela 2 - Exemplo da avaliação inicial e final de um cliente .....	27
Tabela 3 - Chave de classificação da Escala de intensidade de apoios( Thompson et al., 2009).....	28
Tabela 4 - Exemplo dos resultados da EIA .....	29
Tabela 5 - Exemplos de objetivos específicos em meio aquático .....	29
Tabela 6 - Exemplo de objetivos específicos em atividade motores .....	29
Tabela 7 - Monitorização de julho dos objetivos específicos de atividade motora .....	30
Tabela 8 - Monitorização de julho dos objetivos específicos de atividade em meio aquático.....	30
Tabela 9 - Objetivos gerais sobre o bem-estar físico da cliente C.M.....	34
Tabela 10 - Objetivos gerais de bem-estar emocional .....	34
Tabela 11 - Objetivos gerais de relações interpessoais.....	34
Tabela 12 - Objetivos específicos da atividade em meio aquático de 2011 .....	34
Tabela 13 - Objetivos para a atividade motora e a caminhada de 2011 .....	35
Tabela 14 - Objetivos específicos de atividade em meio aquático do ano de 2012.....	35
Tabela 15 - Objetivos específicos de atividade motora de 2012 .....	36
Tabela 16 - Atividades da vida diária .....	38
Tabela 17 - Atividades da vida comunitária .....	38
Tabela 18 - Atividades de aprendizagem ao longo da vida.....	39
Tabela 19 - Atividades profissionais.....	39
Tabela 20 - Atividade de saúde e segurança .....	40
Tabela 21 - Atividades sociais.....	40
Tabela 22 - Atividades de proteção e representação .....	41
Tabela 23 - tabela resumo das avaliações, iniciais e finais, da ECAP .....	52
Tabela 24 - tabela resumo das avaliações, iniciais e finais, da EIA.....	53
Tabela 25 - Planeamento e relatório resumo de uma sessão de atividade em meio aquático.....	55
Tabela 26 - Planeamento e relatório resumo de uma sessão de atividade motora .....	56

## **Introdução**

O presente documento insere-se na unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (doravante designado por Estágio), integrada no Mestrado em Reabilitação Psicomotora e apresenta como principais objetivos gerais: desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, em diferentes contextos e domínios; desenvolver habilidades específicas para a conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, ao mesmo tempo que proporciona aprendizagens e formação especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional, com o intuito de e facilitar a inserção no mercado de trabalho (Martins, Simões & Brandão, 2011).

Durante o estágio é proporcionada ao estudante a oportunidade de desenvolver competências ao nível da intervenção pedagógico-terapêutica, relacionando a teoria com a prática na avaliação do desenvolvimento psicomotor e estabelecimento do perfil intraindividual, na conceção, aplicação e avaliação de programas no âmbito da reabilitação psicomotora e na identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores do desenvolvimento psicomotor, bem como a elaboração das respetivas medidas preventivas e profiláticas (Martins, Simões & Brandão, 2011).

O Estágio foi realizado num dos centros de atividades ocupacionais (CAO) da CERCILisboa, o Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA) de outubro de 2011 a junho de 2012, com extensão até julho de 2012 em regime de voluntariado. Neste centro de atividades ocupacionais os clientes têm de ter mais de 16 anos e apresentar um diagnóstico de dificuldade intelectual e desenvolvimental. Tal como o nome indica o CTVAA foca a sua intervenção em promover a funcionalidade e a autonomia dos seus clientes (CERCILisboa, 2011a).

O presente relatório encontra-se estruturado em 5 capítulos. Numa primeira fase, apresenta-se a descrição pormenorizada da instituição onde decorreu o estágio (percurso histórico, missão, visão, valores, funcionamento, instalações e valências), e particularmente do CTVAA. Posteriormente, é efetuada a caracterização da população com a qual se interveio ao longo deste ano letivo, efetuando-se, para o efeito, a análise da literatura sobre as principais perturbações apresentadas pelos clientes da instituição e procedendo-se à correlação com os casos reais. Em seguida, será feita referência ao percurso da estagiária ao longo do ano letivo, desde as primeiras observações até às intervenções finais, à caracterização da intervenção psicomotora propriamente dita, apresentando o horário, os contextos de intervenção onde se desenvolveu a atividade (ginásio e meio aquático), a avaliação, a definição dos objetivos, os planeamentos e relatórios e as estratégias utilizadas. Finalmente serão apresentadas as reflexões pessoais e as conclusões sobre tudo o que foi experienciado.

## **Caracterização da instituição**

O estágio foi concretizado num dos CAO's da CERCILISBOA, o Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA), durante o ano letivo de outubro de 2011 a junho de 2012. Para uma melhor contextualização, em seguida será apresentada a caracterização da instituição.

### **CERCI Lisboa**

A CERCI, Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados, C.R.L., é atualmente uma cooperativa de Solidariedade Social sem fins lucrativos, estando registada como Pessoa Coletiva de Utilidade Pública. A CERCI Lisboa foi fundada no ano de 1975, a 16 de julho, como resultado da cooperação de um agregado de pessoas interessadas, desde familiares de crianças com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), a técnicos e outras pessoas, vindo a tornar-se como uma

referência nacional enquanto resposta inovadora no âmbito da Educação Especial (CERCILisboa, 2011b). Este centro permitiu ainda alguma autonomia às famílias, possibilitando a um normal desempenho das suas atividades domésticas e no exercer da sua profissão, não tendo de se preocupar em ficar em casa com os seus filhos (Veiga, 1999).

Após o estabelecimento desta cooperativa (início com o Centro Educacional nos Olivais) surgiu mais tarde o Movimento CERCI, que se difundiu, levando à criação de respostas similares à CERCI um pouco por todo o país (hoje existem cerca de 51 CERCI's). Face à urgência de uma rápida identificação, e como resultado da sua situação geográfica, a CERCI veio a designar-se informalmente de CERCILisboa (CERCILisboa, 2011b).

Embora as CERCI's se multiplicassem por Portugal, a CERCI Lisboa sentia que não estava a responder às necessidades da comunidade de forma concreta e eficaz, levando mais tarde à abertura de um novo centro. Assim, em 1976, é edificado o segundo Centro Educacional de Lisboa, em Marvila, de forma a responder concreta e eficazmente às carências de um elevado número de crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE), prestando um atendimento ainda mais abrangente por todo o ciclo de vida do cliente (CERCILisboa, 2011b).

Em 1983, e para responder aos potenciais e expetativas de um grupo de clientes em ingressar no mercado de trabalho, foi criado o Centro de Apoio pelo Trabalho (hoje Centro de Formação Profissional). Em 1999 surgiu em Marvila o Lar-Residencial (L-R) para o apoio residencial aos clientes e promoção das condições de bem-estar. Em 1996 criou-se o atual Centro de Atendimento e Acompanhamento da Pessoa com Deficiência (CAAAPD), bem como a Empresa de Malhas CERCILIS, Lda. Ambas as respostas foram sediadas na freguesia de Marvila (CERCILisboa, 2011b).

Em 1997, com a designação de Programa Comunitário de Intervenção Precoce Infantil (PCIPi), surgiu a resposta social de intervenção precoce, destinada a crianças dos 0 aos 6 anos com DID e multideficiência e as suas famílias. Em 1998, a CERCI tornou-se um agente na construção de escola inclusiva, encerrando a sua escola de ensino especial e passando a intervir diretamente nas escolas através de protocolos com o Ministério da Educação, no que foi designado Programa de Parceria em Rede, hoje Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) (CERCILisboa, 2011c).

O Programa de Apoio Domiciliário (PAD), visava a prestação de cuidados individualizados, oferecidos através da ida ao domicílio das pessoas sem autonomia. Este apoio, encerrado em 2010, era considerado uma resposta com grande oferta de serviços na comunidade (CERCILisboa, 2011a).

### **CERCI Lisboa – Atualmente**

A CERCILisboa sofreu grandes mudanças ao longo do tempo, assumindo-se hoje como uma organização pró-ativa, proporcionando respostas a cerca de 600 clientes, nos mais diversos âmbitos de intervenção e ao longo de todo o ciclo de vida do cliente. É considerada uma organização inovadora, assumindo, desde sempre, o desafio de acompanhar as diretivas teóricas, as práticas europeias e as políticas sociais vigentes, baseando-se num esforço de atualização constante, na renovação dos seus saberes e numa aposta de abertura ao exterior (CERCILisboa, 2011d).

A aposta na inovação espelha-se na prática de qualidade, sendo que a CERCI Lisboa, em 2009, é aprovada na candidatura ao Programa Arquimedes do Programa Operacional Humano (P.O.P.H), relativamente à “Qualidade das Organizações e Serviços”. É nesta ótica que surge o Departamento de Formação e Desenvolvimento de Ativos e o Departamento de Gestão de Qualidade, que primam essencialmente pela promoção e implementação de sistemas de formação para os colaboradores, no que diz respeito ao desenvolvimento de competências profissionais e na melhoria de qualidade de atendimento (CERCILisboa, 2010).

Ainda nesta perspetiva, e para melhorar as suas práticas, a CERCILisboa elaborou um conjunto de políticas de funcionamento, preservando a igualdade de direitos, integridade da pessoa e qualidade de vida, com respeito pela individualidade e direitos fundamentais, com profissionais cada vez mais qualificados e motivados com vista a uma melhoria contínua dos processos definidos, e de acordo com o código de ética da CERCILisboa (CERCILisboa, 2011e).

A CERCILisboa definiu ainda como sua missão *“contribuir para a qualidade de vida das pessoas com DID, atuando na prevenção, sensibilização, promoção de competências e capacidades e desenvolvimento de atividades”*. O otimismo, a tolerância e a inclusão comunitária, aliados à dedicação, à causa, à ética, ao respeito e à democracia na partilha, intentam na promoção da prevenção da deficiência e erradicação do preconceito e atitudes condutoras à marginalização ou à exclusão social (CERCILisboa, 2011f).

Pelos motivos históricos já apresentados anteriormente, a CERCILisboa, apesar de ser uma só organização, tem as suas Respostas Sociais e Serviços distribuídos geograficamente por Lisboa.

### **CERCILisboa e as suas múltiplas valências**

A CERCILisboa apresenta vários serviços, com condições para prestar respostas às necessidades dos seus clientes nas diferentes fases da sua vida (CERCILisboa, 2011c):

- **Programa de Intervenção Precoce Infantil (PCIPI):** É um programa, apoiado pela Segurança Social, que desenvolve atividades e dinâmicas centradas na criança e na família, destinado a crianças dos 0 aos 6 anos de idade, com deficiência ou em situação de risco (de desenvolvimento), e às suas famílias, para: promover a sua integração social na comunidade; oferecer um conjunto de ações que facilitem a adequada maturação; potencializar a interação família/criança/técnico; promover o envolvimento, a independência e as competências da criança; proporcionar experiências de vida ditas “normais”; modificar a qualidade de vida nas famílias (CERCILisboa, 2011 g);
- **Centro de Formação Profissional (CFP):** objetiva promover ações que permitam a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais, facilitando o acesso de pessoas com deficiência ao mercado de trabalho (idade superior a 16 anos): Carpinteiro de Limpos, Operador de Jardinagem, Estofador, Cozinheira, Costureira e Serventes em Geral (CERCILisboa, 2011 h);
- **Centro de Recursos para a Inclusão (CRI):** serviço sustentado pelo Ministério da Educação, cujo objetivo é apoiar a inclusão de crianças e jovens com deficiência através da implementação de planos de ação individualizados, de acordo com as suas necessidades (CERCILisboa, 2011 i);
- **Lar – Residencial:** disponibiliza apoio residencial aos clientes, promove condições de bem-estar e de qualidade de vida sendo desenvolvidas atividades: de desenvolvimento pessoal e social (higiene e imagem), da vida quotidiana (aquisição de bens e serviços, tratamento de roupas) e socioculturais (âmbito lúdico-recreativo, desportivo, cultural, social ou festivo), de acordo com o “Projeto de Vida” individual (CERCILisboa, 2011 j);
- **Centro de Atendimento e Acompanhamento da Pessoa com Deficiência (CAAAPD):** O CAAAPD pretende dar respostas personalizadas em diversos âmbitos de intervenção, desde a ação social e saúde, à consultadoria e apoio jurídico, possibilitando a descoberta de soluções para a inserção da pessoa com DID na comunidade, numa constante parceria entre a comunidade e os técnicos especializados (CERCILisboa, 2011 k);



- **Centros de Atividades Ocupacionais (CAO):** A CERCILisboa tem três CAO's: Marvila (CTVAA), Santa Maria dos Olivais (Centro dos Olivais) e Carnide (Espaço da Luz), integrando um total 167 clientes, que promovem a valorização pessoal e a inclusão das pessoas com DID, possibilitando o desenvolvimento das suas capacidades e Qualidade de Vida (CERCILisboa, 2011 m);

- **Interação com a comunidade e Encontros InterCentros:** as atividades Socioculturais e socialmente úteis promovem a inclusão social dos clientes, estabelecendo uma articulação com a comunidade, promovendo a valorização pessoal e o máximo de aproveitamento das capacidades do indivíduo (artigo 3º Decreto-Lei nº18/89 de 11 de Janeiro). Os encontros Intercentros são eventos onde se realizam diversas atividades, dinamizadas por diferentes Instituições, sendo agendados anualmente, e estando cada entidade responsável (no total de 30) pela organização de um tipo de atividade.

### **Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa**

O Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA), foi inaugurado a 2 de Março de 2004 e rege-se atualmente pelo Decreto-Lei 18/89, Decreto-Lei 52/SESS/1990; Portaria 432/2006. Este centro de atividades ocupacionais da CERCILisboa está sediado em Lisboa e funciona de segunda a sexta-feira, entre as 9h e as 17h.

Quanto à população a quem se dirige, de acordo com o artigo 3º do Diário da República, nº 31 da III série – suplemento, o CTVAA presta os seus serviços a crianças e jovens com deficiência ou com problemas de inserção socioprofissional. As condições de admissão que o centro apresenta são o acolhimento de indivíduos com idade igual ou superior a 16 anos, que verifiquem inclusivamente a existência de DID ou multideficiência e com limitações ao nível da atividade e participação. A condição do cliente deve ser comprovada pela situação de deficiência, ou seja, que esta não se enquadre no âmbito da legislação aplicável ao emprego protegido (CERCILisboa, 2011a).

O grupo de 86 clientes, onde 48 são do género masculino e 38 do género feminino, que o CTVAA acolhe atualmente, apresenta uma faixa etária compreendida entre os 16 e os 49 anos de idade. As ações desenvolvidas centram-se em atividades (CERCILisboa, 2011m):

- **Atividades Estritamente Ocupacionais:** onde são produzidos determinados produtos finais, pela transformação das matérias-primas ou reaproveitamento de diversos materiais;

- **Atividades Socialmente Úteis** – objetivando a valorização pessoal do cliente, desenvolvendo ao máximo as suas capacidades, para promover a sua autonomia e/ou facilitar a possível transição para programas de inserção socioprofissional. Estas atividades são desenvolvidas em empresas públicas e privadas, ao abrigo de Protocolos de Cooperação, e nos CAO's através da participação ativa dos clientes em Atividades da Vida Diária (limpeza e manutenção dos espaços interiores e exteriores, lavandaria, jardinagem e cozinha, entre outras;

- **Atividades Lúdico-Terapêuticas** que implicam a ativação físico-funcional e a estimulação sensorial (Meio Aquático, Atividade Motora, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Estimulação Sensorial, Expressão Dramática, Dança e Música Tradicional, Psicologia, Serviço Social);

- **Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social** que visam promoverem as competências de relação interpessoal, autodeterminação, autonomia, bem-estar, cidadania e participação social;

- **Atividades Socioculturais** desenvolvidas de âmbito lúdico-recreativo, desportivo, festivo, cultural, social ou formativo. Os clientes do CTVAA têm a oportunidade de interagir com a comunidade envolvente através de diversos grupos criados no centro, desde grupos de teatro, grupos de dança tradicional e música (grupo

Bombarte). Além disso, realizam diversas visitas de estudo a locais de interesse histórico e cultural, participando também em atividades recreativas e desportivas promovidas por outras entidades.

Cada atividade é desenvolvida tendo em consideração a avaliação inicial das necessidades, potenciais e expectativas de cada indivíduo, a partir da qual é elaborado um Plano Individual de Intervenção, que formaliza, organiza e operacionaliza as respostas às necessidades e potenciais do cliente. Para a avaliação das necessidades e potenciais utiliza-se como matriz de análise o Modelo de Qualidade de Vida (CERCILisboa, 2011a).

Quanto aos Recursos Humanos do CTVAA, o quadro referente aos mesmos encontra-se afixado num local visível no centro, contendo a indicação do número de colaboradores (Direção Técnica, Técnicos de Intervenção Específica, Técnicos de Intervenção Direta e Auxiliares), formação e conteúdo funcional, definido de acordo com a legislação em vigor. O Centro dispõe de uma equipa multidisciplinar que colabora entre si, no sentido de promover o desenvolvimento do indivíduo, nas mais diversas áreas de intervenção. O perfil funcional de cada colaborador está definido e é do conhecimento de todos os colaboradores (CERCILisboa, 2011a).

Verificou-se através de observação direta que a equipa técnica multidisciplinar é constituída por duas técnicas de educação especial e reabilitação, duas terapeutas ocupacionais, duas psicólogas, duas educadoras de infância, uma fisioterapeuta e dezoito monitoras. É esta equipa de especialistas que fica responsável pela elaboração dos projetos de vida de todos os clientes do CTVAA.

Relativamente aos recursos materiais e aos espaços físicos, o CTVAA oferece diversos espaços exteriores e interiores, e um amplo leque de recursos materiais aos seus clientes, de modo a propiciar um conjunto vasto de oportunidades de exploração. Foi possível observar que neste espaço estão expostos diversos trabalhos realizados pelos seus clientes, bem como diplomas e informações do centro (na receção). Dessa informação consta o historial da CERCI Lisboa, a Carta de Direitos e Deveres dos seus clientes (elaborada pelo Grupo de Participação de Clientes e aprovada pela Direção), o seu Regulamento Interno, o Código de Ética, O Jornal Vida Ativa desenvolvido no centro, as diferentes Políticas da organização de Qualidade, de Confidencialidade e de Recrutamento, bem como outros trabalhos e fotografias dos clientes do centro.

Através da observação das salas ocupacionais compreendeu-se que têm um funcionamento próprio de sala para sala, tanto a nível de trabalho desenvolvido como a nível das dinâmicas pessoais entre clientes. A distribuição dos clientes pelas salas é feita independentemente do nível de dificuldades que os clientes apresentam, permitindo que os clientes interajam, ajudem e cuidem dos colegas com mais dificuldades, fomentando a interajuda, a igualdade e o respeito pelos outros. Relativamente aos trabalhos realizados nas salas, todos os clientes participam na sua conceção, uns realizando as atividades mais simples, como o cortar papel para fazer pasta de papel, e outros com mais capacidades realizam atividades mais complexas, como cozer ou pintar os bonecos.

Existem outras atividades, como o jornal interno realizado pelo grupo de participação e de debate, com o intuito de informar os restantes clientes sobre as atividades, novidades e visitas realizadas no e pelo CTVAA. No ano de 2010 foi pedido ao mesmo grupo de clientes que elaborassem um documento onde constassem os seus direitos e deveres como clientes participantes da CERCI Lisboa. Na lista de direitos dos clientes consta: liberdade de expressão; informação sobre tudo o que os envolva como clientes; escolher participar nas atividades que são propostas; apoio dos técnicos; sexualidade; igualdade de oportunidades dentro e fora da CERCI; autonomia; e qualidade de vida. Relativamente aos deveres enquanto clientes, foram salientados a responsabilidade, o respeito por todos, a entreajuda e o cumprimento de regras institucionais e sociais (CERCILisboa, 2011a).

Uma vez que nem todos os clientes são totalmente autónomos nas deslocações até ao centro, o centro dispõe de três carrinhas que vão buscar e levar os clientes até

casa, no início e no fim do dia, respetivamente. As carrinhas são também utilizadas nas deslocações para a piscina, nas saídas pedagógicas e passeios organizadas pelo centro.

A CERCI Lisboa acredita que a abertura para a sociedade proporciona experiências e vivências que são importantes para os clientes, uma vez que podem interagir com pessoas da comunidade. Assim, a instituição mantém um protocolo com o Complexo Desportivo do Casal Vistoso, que permite a utilização da piscina, todos os dias úteis semanais de manhã, para a realização das atividades em meio aquático.

### **Complexo desportivo do Casal Vistoso**

O Complexo Desportivo do Casal Vistoso (CDCV), em funcionamento desde 2007, pertence à Câmara Municipal de Lisboa. As piscinas apresentam uma boa localização, embora o Complexo tenha algumas limitações de acesso, a nível de transportes públicos, e privados. Quanto ao acesso das instalações, o complexo apresenta duas rampas e um pequeno conjunto de escadas, permitindo, deste modo, a pessoas com deficiência ou dificuldades motoras, frequentarem as piscinas do Casal Vistoso (e.g.: clientes da CERCI). A piscina contém um tanque de competição (25m\*20m), possui uma profundidade de 1,20m, é constituído por 10 pistas, com elevador hidráulico e escadas de entrada e saída. Esta profundidade permite que todos os clientes explorem o comprimento total das pistas sem medo e insegurança. As atividades possíveis de realizar nas piscinas são natação, aquafitness, hidroginástica para indivíduos com mais de 59 anos ou utilização livre. Uma das características peculiares da piscina é a grande luminosidade exterior, uma vez que dos dois lados junto à piscina encontra-se um grande conjunto de janelas (C.M.L, 2011).

Além das atividades na água, os balneários dão a oportunidade aos técnicos e monitores para trabalharem a autonomia na higiene, cuidado e arranjo pessoal. A equipa que desenvolve as atividades em meio aquático no Complexo Desportivo é constituída por duas Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação, uma Terapeuta Ocupacional e cinco auxiliares pedagógicas.

Dada a heterogeneidade da população à qual a CERCILisboa presta os seus serviços e apoios, cabe no próximo capítulo apresentar e descrever os diagnósticos dos clientes com quem a estagiária desenvolveu a sua intervenção.

### **Caraterização da população-alvo**

O estágio foi realizado no CAO da CERCILISBOA, onde os clientes têm 16 ou mais anos e, obrigatoriamente, um diagnóstico de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. Além disso, foi possível verificar a existência de outras problemáticas associadas como a Deficiência Motora e Perturbações do Espectro do Autismo, razão pela qual o próximo capítulo será dedicado à revisão da literatura existente sobre cada uma destas condições, para posteriormente se proceder à relação com os casos reais que beneficiaram da intervenção psicomotora.

### **Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental**

A nomenclatura de *dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID)* veio recentemente substituir a nomenclatura da até agora designada *deficiência mental* (Morato & Santos, 2007), dado este conceito ter vindo a adquirir uma conotação negativa e errónea do que realmente definia. Houve a necessidade da criação de uma designação que não acarretasse o estigma e rotulação como a anterior (Schalock et al., 2007).

Assim, a atual definição de DID é a demonstração de limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, que por sua vez se irão repercutir em termos conceptuais, sociais e de competências adaptativas práticas. As limitações referidas devem surgir antes dos 18 anos (Schalock et al, 2007).

Acompanhando esta nova mentalidade o diagnóstico de DID fica então dependente da avaliação de 3 critérios: capacidade intelectual, comportamento adaptativo e a idade de aparecimento que tem como teto superior os 18 anos. (Luckasson et al, 2002; Schalock et al, 2007; Schalock et al. 2010).

De acordo com o novo paradigma da DID, esta deve ser classificada consoante a necessidades de apoios que o indivíduo apresenta (Luckasson et al., 2002; Schalock et al. 2007; Thompson et al. 2004):

- **Apoios intermitentes:** apoios episódicos, disponibilizados apenas em momentos necessários com base em demandas específicas. Aplicados particularmente em momentos de crise ou períodos de transição no ciclo de vida da pessoa;
- **Apoios limitados:** caracterizados por temporalidade limitada e persistente. Destinam-se a apoiar pequenos períodos de treinamento ou ações voltadas para o atendimento a necessidades que requeiram assistência temporal de curta duração com apoio mantido até ao seu término;
- **Apoios extensivos:** qualificados pela sua regularidade e periodicidade (se são diários, semanais, mensais). São recomendados para alguns ambientes (escola, trabalho, casa) sem limitações e temporalidade;
- **Apoios pervasivo:** constantes, estáveis e de alta intensidade. Disponibilizados nos diversos ambientes, potencialmente durante toda a vida. São generalizados, podendo envolver uma equipa com maior número de pessoas.

### **Etiologia**

Também é pertinente a descoberta e conhecimento de todas as possíveis causas da DID de forma a criar programas de prevenção para casos que tenham uma etiologia específica. É importante perceber a origem da DID pois permite compreender se é causado por algum problema de saúde que pode influenciar o funcionamento físico e psicológico, se pode ou não ser tratado e assim diminuir ou prevenir a dificuldade intelectual (Schalock et al. 2010).

A etiologia da DID é um conceito multifatorial composto pelos tipos de fatores de risco e a sua interação ao longo de tempo. A abordagem multifatorial expande a lista de fatores causais em duas direções, o tipo de fator e o tempo do fator (Schalock et al. 2010).

O tipo do fator é dividido em quatro categorias, a) biomédica, centrada nos processos biológicos como as mutações genéticas ou a má nutrição; b) social, sendo a qualidade das interações familiares/significativas o foco; c) comportamentais, como comportamentos prejudiciais, tal como abuso de substâncias pelos pais, abusos físicos e psicológicos; e d) educativos, viabilidade dos apoios educativos que promovam o desenvolvimento do comportamento adaptativo. O tempo de ocorrência do fator pode ser dividido entre pré-natal, perinatal e pós-natal, atuando diretamente no indivíduo com DID ou nos pais (Shalock et al. 2010).

### **Caracterização da DID**

A DID é caracterizada por limitações significativas no funcionamento cognitivo e no comportamento adaptativo, expressadas em capacidades conceptuais (capacidades numéricas, verbais e espaciais), sociais (relações interpessoais, resolução de problemas e capacidade de seguir regras) e práticas (atividades do dia-a-dia relativamente à higiene, deslocação, saúde, lazer). Esta dificuldade tem origem antes dos 18 anos. No entanto, as limitações no funcionamento devem ser consideradas no contexto social e comunitário do indivíduo. Para uma avaliação de diagnóstico ser correta tem de considerar a diversidade cultural e linguística e também os fatores comportamentais, de comunicação, sensoriais e motores. Após avaliar e compreender as limitações é importante desenvolver um sistema de apoios necessários e adaptado. O terapeuta nunca se deve esquecer que o indivíduo além de ter limitações tem capacidades e

conjugando esses pontos fortes com os apoios individualizados corretos a pessoa com DID conseguirá melhorar o seu desempenho no dia-a-dia (Schalock et al. 2010).

Algumas das características mais comuns de acordo com Fonseca (1995) e Brown (1989) são: estereotipias; limitações cognitivo-perceptivas e motoras; dificuldades de atenção, concentração e memorização; fraco limiar de resistência à frustração; baixo nível motivacional; “atrasos” no desenvolvimento da linguagem; inadequação do repertório social; dificuldades no processo de aprendizagem; dificuldades na comunicação, socialização, praxia e desenvolvimento sócio emocional; e limitações de síntese, transfer e atividades complexas.

Todos os clientes do CAO têm diagnóstico de DID, com ou sem outra deficiência associada. Durante o dia-a-dia no CTVA são perceptíveis as dificuldades ao nível da necessidade de apoios para minimizar as limitações e as dificuldades ao nível do comportamento adaptativo. Foi visível a variedade de estereotipias apresentadas pelos clientes, variando entre estereotipias de auto-estimulação e de auto-agressão. Também esteve bastante presente durante as sessões o fraco limiar de resistência à frustração que foi evidente quando as atividades eram um pouco mais exigentes e requeriam mais atenção ou capacidade de concentração e memorização. Para contrariar essa característica foram utilizados bastantes feedbacks para motivar os clientes.

Sendo a DID uma característica comum em todos os clientes do CTVA, existem ainda outras patologias que podem surgir associadas. Nos próximos capítulos definem-se as patologias, para além da DID, que são mais comuns no CTVA.

### **Trissomia 21**

A trissomia 21 (T21) é uma designação que identifica a maior causa de Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. Foi inicialmente descrita em 1866 por John Langdon Down, que descreveu as características físicas e comportamentais dos indivíduos com esta síndrome. Em 1959, um grupo de investigadores liderado por Jacobs e Jeome Lejeune verificou que a causa desta síndrome é de origem genética, verificando-se a existência de um cromossoma a mais no par 21. Este erro genético tanto pode ter origem por parte da mãe, sendo a idade um fator potencializador, como da parte do pai, sendo provocado por um erro na divisão celular (Fisch et al., 2003). No entanto, mais de metade dos indivíduos que nascem com esta condição herdam da mãe o cromossoma extra. Além do cromossoma 21 extra, também pode ocorrer o acoplamento de um pedaço de um cromossoma 21 a um outro cromossoma, chamado de translocação cromossômica; a duplicação de alguns genes num dos cromossomas 21 e uma outra causa é chamada de mosaico, onde algumas células do organismo têm três cromossomas 21 e outras têm os normais dois cromossomas 21. Esta última forma é a mais rara e difícil de identificar, pois nestes indivíduos as manifestações não são tão evidentes (Antonarakis et al., 2004).

A T21 apresenta traços morfológicos bastante distintos e característicos que ajudam no diagnóstico (e.g.: braquicefalia, braquidactilia, mãos largas, clinodactilia, cana do nariz achatada, boca aberta, estatura pequena e hipotonia, Roizen & Patterson, 2003).

As características não se ligam só à parte fisiológica e física, estando afetadas as componentes cognitivas, comunicativas, sociabilização e autonomia. A maioria dos indivíduos com T21 apresenta um défice cognitivo, embora em dimensões muito variáveis. De um modo geral, a necessidade de apoio é de apoios limitados a apoios extensivos embora, raramente, possam ser necessários apoios permanentes. No tempo presente, o conceito de QI (quociente de inteligência) perde importância e ganham relevo os aspetos sociais relacionados com a deficiência (Morato, 1995).

Os jovens com T21 apresentam alguns problemas no seu desenvolvimento, a aquisição de certas capacidades a nível cognitivo surgem mais lentamente e mais tarde do que o esperado. Relativamente à perceção, existe uma dificuldade na discriminação

visual e auditiva, no reconhecimento tátil (devido à baixa temperatura dos dedos) e nos objetos a três dimensões, na cópia e reprodução de figuras geométricas e na rapidez perceptiva (tempo de reação) (Morato, 1995; Sampedro, Blasco, & Hernández, 1997). Existe um déficit de atenção nos jovens com T21, pelo que as suas prestações por vezes não sejam tão boas, uma vez que necessitam de mais tempo para dirigir a sua atenção ao que é pretendido e também devido à sua dificuldade em reter ou inibir respostas depois de uma examinação profunda. A aprendizagem está condicionada devido a problemas de memorização, isto acontece devido à dificuldade na categorização conceptual e na codificação simbólica. O indivíduo com T21 apresenta uma dificuldade na aquisição e desenvolvimento da linguagem, acontecendo o mesmo ao nível da compreensão. As razões para a dificuldade e incompreensão da linguagem nesta população estão muitas vezes ligadas às dificuldades respiratórias devido à hipotonicidade e à fraca resistência em manter a respiração; as perturbações fonatórias que alteram o timbre da voz; as perturbações na audição, em que a capacidade auditiva é inferior ao normal; as perturbações articulatórias devido à hipotonicidade da língua, o tamanho inferior da boca, à malformação do palato; e à implantação deficitária dos dentes e um tempo de latência de resposta prolongado (Morato, 1995; Sampedro, Blasco, & Hernández, 1997).

Ao nível da autonomia pode-se dizer que os indivíduos com T21 conseguem alcançar bons níveis de autonomia pessoal e social se forem acompanhadas e estimuladas desde cedo. Os objetivos de qualquer intervenção devem ter como prioridade melhorar as possibilidades instrumentais (equilíbrio, coordenação de movimentos, relações espaço-temporais e controlo motor), melhorar as possibilidades de adaptação da criança e a sua relação com os outros (Morato, 1995).

Winders (1997) refere que as crianças com T21 têm um enorme potencial, que deve ser maximizado embora apenas há poucos anos se tenha começado a trabalhar nisso. O trabalho com estas crianças, a nível das habilidades motoras, pode ser compensador, visto ser uma área do desenvolvimento onde o progresso é facilmente visível e de extrema importância para as suas vidas.

Dentro da comunicação, as dificuldades mais frequentes são a disartria (dificuldade em precisar a força necessária para os movimentos, ocorrendo articulações imprecisas e grosseiras) e a apraxia (dificuldades em programar, combinar, organizar e sequenciar movimentos musculares). No entanto existem outros fatores que podem condicionar o discurso (e.g.: expirar pela boca e não pelo nariz, o alargamento dos adenoides e das amígdalas pode obstruir as vias aéreas), macroglossia (língua proeminente) e o processo fonológico pode estar substancialmente atrasado (Lovering & Perry, 2007). A capacidade de se expressar através da linguagem encontra-se pouco desenvolvida na T21, pois não acompanha o desenvolvimento do processo cognitivo (Chapman & Hesketh, 2001).

De um modo geral, as pessoas com T21 têm uma grande capacidade para as interações sociais, sendo alegres e prudentes, embora teimosas. As atividades lúdicas e postura alegre e bem-disposta constituem uma estratégia de intervenção pedagógico-terapêutica ao proporcionar um ambiente mais descontraído, propício à construção de uma boa relação cliente-técnico, favorecendo, deste modo a aprendizagem. Kasari e Freeman (*in* Morato & Gonçalves, 2001) referem que as pessoas com T21 têm uma «expressão facial mais positiva» devido às suas características físicas. Morato e Amante (2002), mencionam que os indivíduos com T21 apresentam um nível mais elevado de pré-disposição. Contudo, não são raras, sobretudo entre adultos, as perturbações comportamentais e emocionais. Embora estes sejam fatores a considerar quanto à socialização, não devemos descurar o facto de que o envolvimento tem um importante papel a desempenhar para que o jovem/adulto com T21 se adapte à sociedade onde se insere (Morato & Amante, 2002).

Durante o estágio houve a oportunidade de intervir com adultos com T21. Com os avanços médicos, a idade média de vida nos indivíduos com T21 aumentou e no CTVAA foi possível observar indivíduos em 4 estados de vida diferentes: na adolescência, jovens adultos, adultos e alguns adultos que apresentam algum envelhecimento precoce. Os clientes na fase da adolescência necessitavam de trabalhar competências sociais, mas as capacidades necessárias para fazer uma vida diária autónoma já se encontravam assimiladas. Os clientes adultos demonstravam alguma passividade, mas mantinham disponibilidade e motivação para a atividade. Os clientes que se encontram na faixa etária dos 40 anos de idade já apresentam algumas características de envelhecimento precoce, como perda de visão devido a cataratas, alopecia, aparecimento de rugas, fragilidade óssea e aumento da passividade. Uma cliente pediu às técnicas da sala para redigirem uma carta à diretora do centro para pedir a reforma e o término dos apoios que exigiam atividade motora.

Na CERC Lisboa CTVAA os clientes apresentam comorbilidade. Uma das mais comuns é a deficiência motora, assumindo vários graus de manifestação.

### **Deficiência Motora**

A deficiência motora é definida como a perda ou disfunção de uma estrutura, membro, músculo, ossos e/ou articulações, que têm objetivo de agir sobre o envolvimento ou de auxiliar na locomoção ou mobilidade do indivíduo (OMS, 2004).

O tipo de deficiência motora difere pela origem, intracraniana ou extracraniana. Uma lesão ao ser intracraniana afeta as estruturas do cérebro e pode ser devido a intoxicações, anoxia/hipoxia, traumatismo, hemorragias e má nutrição. Os exemplos mais conhecidos deste tipo de lesão são a paralisia cerebral, acidentes vasculares cerebrais, traumatismo craneo-encefálico e esclerose múltipla. As lesões extracranianas têm incidência em estruturas como a espinal medula, nervos periféricos e aparelho artro-osteomuscular. Alguns exemplos deste tipo de lesão é a distrofia muscular, a amiotrofia, a embolia muscular e a amputação (Dewey & Tupper, 2004).

Uma das condições mais verificadas nos clientes do CTVAA foi a paralisia cerebral. Esta condição é descrita como um grupo de desordens permanente do desenvolvimento da praxia e da postura, causando limites na atividade, sendo provocados por lesões não progressivas que ocorreram no desenvolvimento cerebral do feto ou do bebé. As desordens motoras da paralisia cerebral são muitas vezes acompanhadas por perturbações sensoriais, de perceção, de cognição, de comunicação e do comportamento, também podendo ocorrer episódios de epilepsia, e problemas músculo-esqueléticos secundários (Rosenbaum et. al, 2005). Como já referido, esta deficiência motora é de origem intracraniana, podendo ser causada por um nascimento pré-termo, leucomálacia periventricular, hipoxia, anoxia, incompatibilidade de rhesus, traumatismo, infeções e intoxicações (Dewey & Tupper, 2004; Leite & Prado, 2004).

A paralisia cerebral é um espectro de sintomas patológicos não progressivos, resultante de lesões do cérebro num estágio precoce do desenvolvimento. Estas lesões impedem um desenvolvimento motor normativo e são visíveis diferenças qualitativas do desenvolvimento motor, como assimetrias do funcionamento da praxia global ou rigidez muscular (Rosenbaum, 2005). Existe o comprometimento do controlo adequado do movimento, originando uma desorganização nos mecanismos neurológicos que controlam a postura, o equilíbrio e o movimento. A lesão dificulta a transmissão do esquema motor do cérebro para os músculos, por esse motivo, os músculos que controlam a postura, o equilíbrio e o movimento tornam-se descoordenados, rígidos ou fracos (Martin, 2006). A classificação mais comum baseia-se em fatos anatómicos e topográficos e na característica do movimento. A nova proposta de classificação levada a cabo pelo American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine baseia-se em vários fatores, de acordo com a classificação topográfica (local anatómico),

classificação nosológica (área do cérebro afetada), e funcional (classificação mais recente) (Rosenbaum, 2005; Dewey e Tupper, 2004; Rosenbaum et al, 2006).

A espasticidade resulta de um atingimento nas áreas dos mecanismos motores e sistema motor voluntário do cérebro (sistema piramidal) e é caracterizada por um aumento do tônus muscular (hipertonicidade). Este aumento do tônus pode levar a contraturas permanentes e deformidades ósseas. A espasticidade está também associada a uma hiperextensibilidade e falta de controlo dos movimentos voluntários. Devido à contração muscular e limitação dos movimentos, podem ter dificuldade em correr e saltar, ter convulsões e distúrbios perceptivos (Porretta, 1995).

A ataxia caracteriza-se por uma alteração ao nível do cerebelo, resultando numa alteração do equilíbrio e da coordenação muscular. Verifica-se uma hipotonia e ausência de contração. Neste tipo de paralisia cerebral há perda de coordenação muscular, existindo movimentos com força, ritmo e precisão irregulares. As pessoas com ataxia têm dificuldade nas habilidades motoras básicas, especialmente nas atividades de locomoção, como correr e saltar (Porretta, 1995).

A atetose caracteriza-se por uma alteração ao nível do sistema extrapiramidal que ajuda a organizar os movimentos finos e delicados, resultando em movimentos involuntários lentos, contorcidos, incontrolláveis e imprevisíveis. O tônus muscular tende a oscilar de hipotonicidade a hipertonicidade, o que resulta numa instabilidade que afeta os músculos que controlam a cabeça, pescoço, membros e tronco. São comuns algumas características, como pouco controlo da salivação, fraco controlo da cabeça (geralmente é exibido com a cabeça para trás e posicionada de lado) e dificuldade em ler e falar. Este tipo de paralisia normalmente apresentam afasia (prejuízo ou perda da linguagem) e dificuldades de articulação (Porretta, 1995).

De acordo com a topografia a paralisia cerebral é classificada como hemiplegia, se for afetado o braço e perna do mesmo lado do corpo; diplegia, se os segmentos corporais, maioritariamente, afetados forem as pernas; triplegia, se forem três segmentos corporais afetados; e tetraplegia, se os quatro segmentos corporais estiverem afetados (Dewey & Tupper, 2004; Rosenbaum, 2005).

As características do movimento são avaliadas de acordo com a natureza e a tipologia da desordem motora, como espasticidade, ataxia e atetose. Para analisar a funcionalidade da habilidade motora são usadas escalas de funcionamento motor, como a Gross Motor Function Classification System. As características que não sejam relacionadas com a ação motora mas que sejam relevantes e condicionantes, tais como diminuição do QI, diminuição da capacidade de visão e audição, também são consideradas nesta avaliação (Rosenbaum et. al, 2006).

A paralisia cerebral afeta a funcionalidade da praxia global em vários níveis. O desenvolvimento da criança fica comprometido, não apenas pela parte motora, mas também pela privação de experiências de aprendizagem. Um desvio do desenvolvimento motor afeta a capacidade da criança explorar ativamente e aprender sobre o espaço, esforço, independência e quais as consequências sociais de se mover e tocar. Ao existir um limite para a funcionalidade da criança pode causar nos pais uma visão do seu filho de frágil e incapaz, condicionando a qualidade de interação entre pais e filho (Rosenbaum, 2005).

A Organização Mundial de Saúde tem sensibilizado os profissionais da área da saúde na importância da avaliação funcional dos diferentes estados de saúde. As consequências funcionais de envolvimento das extremidades superiores e inferiores na Paralisia Cerebral, devem portanto, ser classificadas separadamente usando escalas funcionais (Rosenbaum, 2005).

As características associadas às pessoas com Paralisia Cerebral podem incluir perturbações ao nível do tônus muscular, da postura e do movimento voluntário, persistência de reflexos primitivos, rigidez e espasticidade (Arroyo & Oliveira, 2007; Mancini et al., 2004). Uma característica dessas perturbações é a falta de controlo sobre



os movimentos, devido às modificações adaptativas do comprimento muscular e em alguns casos, resultando em deformidades ósseas (Arroyo & Oliveira, 2007).

Segundo Mancini et al. (2004) estas perturbações vão manifestar-se segundo padrões específicos de postura e de movimento, podendo interferir não só na aquisição e no desempenho de padrões motores básicos, como sentar e andar, mas também de atividades da rotina diária, como tomar banho ou vestir-se.

Durante a intervenção no CTVAA foi possível observar alguns clientes com paralisia cerebral. No entanto, quase todos mantinham um certo nível de independência nas tarefas da vida diária, como se deslocar sozinho, ir a casa de banho e comer. Estes clientes já usufruem de apoios específicos há vários anos e aprenderam estratégias para compensar a falta de equilíbrio ou a pouca mobilidade articular. Outro problema evidente foi a dificuldade ao nível da linguagem, onde o discurso era difícil de perceber devida a má articulação das palavras.

Além das patologias já descritas em cima, alguns clientes exibem também alguns traços de perturbação autística.

### **Perturbação do Espectro do Autismo**

A perturbação do espectro do autismo (PEA) foi inicialmente descrita por Leo Kanner em 1943. A sintomatologia das PEA torna-se patente por volta dos 2-3 anos, sendo cada vez mais evidente durante o segundo ano de vida. Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2004) esta perturbação caracteriza-se por alterações em três domínios fundamentais: nas capacidades de comunicação (verbal e não verbal), nas interações sociais e no aspeto repetitivo e estereotipado dos comportamentos, dos interesses e das atividades. Existem 5 diagnósticos específicos do Espectro do Autismo: Perturbação Autística, Perturbação de Asperger (ou Síndrome de Asperger), Perturbação de Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação, onde se inclui o Autismo Atípico. Por ainda não possuir uma causa específica definida, é chamada de Síndrome, significando também que os indivíduos não apresentam todos os mesmos sinais e sintomas a ela associados (Siegel, 2008).

As primeiras descrições de PEA referiam que as suas principais características eram: profundo afastamento, desejo pela conservação da semelhança, boa capacidade de memorização mecânica, expressão inteligente e ausente, mutismo ou linguagem sem intenção comunicativa efetiva, hipersensibilidade aos estímulos e relação estranha e obsessiva com objetos. O austríaco Asperger, em 1944, classificou o Síndrome de Asperger, como uma das perturbações do espectro do autismo, com características diferentes do autismo clássico descrito por Kanner (Goldstein e Ozonoff, 2009).

O domínio da comunicação, tanto verbal como não-verbal, apresenta-se como fraco e desviado dos padrões habituais, existindo um atraso no aparecimento da linguagem, caracterizando-se por ser tipicamente diferenciada e pobre, coexistindo com frequência ecolalias imediatas ou retardadas (repetição em eco daquilo que o interlocutor acaba de dizer); aparecimento de prosódia monótona; a pobreza da sintaxe, entre outros. De uma forma geral, a pessoa com autismo mantém-se distante, não procura entrar em contato, não chama a atenção, não fixa com o olhar e não imita o outro, não demonstrando qualquer expressão de prazer, de partilha ou de interesse. Por vezes, o outro é utilizado como parte de si (agarrar a mão do adulto) ou por um segmento isolado do seu corpo. O seu olhar parece vazio, distante e ausente. Todas estas características parecem apontar para uma dificuldade em ajustar o seu comportamento ao contexto social, situação essa que pode conduzir ao isolamento (Gamliel e Yirmiya, 2009).

Todas as dificuldades descritas anteriormente foram observadas em alguns clientes, em especial no A.P. (intervenção, em meio aquático, mais prolongada e frequente), onde se verificou a ausência de linguagem verbal (apenas faz vocalizações),

tem três gestos funcionais (ir a casa de banho, comer/beber e assinala o local onde dói), agarra na mão do outro (técnicas e estagiária) para conseguir algo que não lhe é permitido ou não consegue realizar se estiver sozinho, intolerância a longos tempos de espera, tempo de atenção e permanência na tarefa é muito curto, comportamentos auto e hétero-agressivos quando é contrariado, não explorava os materiais. Apesar de não gostar de contato físico, o cliente permitia ajudas físicas. Neste caso ainda não foi possível verificar algum interesse específico, mas a atividade em meio aquático motiva o cliente para a ação e é visível uma melhoria do estado emocional. A nível da interação, o A.P. demonstra preferências pelos adultos de referência, mostrando ocasionalmente contentamento por os ver. Com os colegas, interage com mais frequência com os colegas da sala, mas durante tempo reduzido.

Apesar de todas as patologias apresentarem características diferentes, a abordagem terapêutica foi a mesma para todas, a psicomotricidade.

### **Psicomotricidade na instituição**

A psicomotricidade é a ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo, bem como suas possibilidades de perceber, atuar, agir com o outro, com os objetos e consigo mesmo. Está relacionada com o processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas (APP, 2011).

A psicomotricidade, portanto, é um termo empregado para uma conceção de movimento organizado e integrado, em função das experiências vividas pelo sujeito cuja ação é resultante de sua individualidade, sua linguagem e sua socialização.

A intervenção psicomotora utiliza as capacidades do indivíduo, tanto motoras, como cognitivas e emocionais, expressadas no corpo, para conduzir o indivíduo à realização pessoal. Esta intervenção promove a regularização e harmonização tónica, a forma que o indivíduo sente o seu corpo, os seus movimentos e expressões, como age e como se relaciona a nível tónico-emocional com o técnico (Martins, 2001).

A psicomotricidade pode encontrar-se em vários contextos, hospitalar, escolar, institucional e familiar. Em qualquer dos contextos esta intervenção pode assumir três perspetivas: a preventiva ou educativa (estimular o desenvolvimento, potencializar a aprendizagem e melhorar a autonomia), a reeducativa (quando já existe um comprometimento do desenvolvimento e aprendizagem) e a terapêutica (necessidade de superar problemas psicoafetivos que dificultam a adaptabilidade do indivíduo) (APP, 2010).

Existem duas componentes da intervenção psicomotora, a componente relacional e a componente instrumental.

A psicomotricidade relacional permite ao indivíduo lidar com conflitos relacionais, e age de forma preventiva e terapêutica no desenvolvimento cognitivo, psicomotor e socio-emocional, estando relacionada com os fatores psicoafetivos relacionais. Desse modo, a intervenção tem de ser um espaço de confiança onde o indivíduo possa explorar os seus sentimentos em relação a si próprio ou sobre o outro. De uma forma geral, numa intervenção que prioriza a relação e a resolução de conflitos emocionais, utiliza-se o jogo espontâneo, situações lúdicas e dinâmicas e a comunicação não-verbal, para através da vivência corporal experienciar situações de conflito emocional para, posteriormente, conscientemente se conseguir resolver e compreender (Vieira, 2009).

A psicomotricidade instrumental foca-se na exploração sensório-motora para estimular a atividade percetiva, simbólica e concetual, usando o envolvimento, as características espaciais e temporais e os objetos. Estas explorações desenvolvem-se através de todas as formas de expressão (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica, entre

outras). É nesta vertente em que se proporciona a resolução de situações problema, com o objetivo de promover o aumento da autoestima e autoconfiança (Martins, 2001).

A comunicação verbal é essencial, tanto antes da resolução do problema como depois na sua avaliação. Assim, o indivíduo compreende e assimila melhor os passos a realizar e quais as diferenças ou semelhanças entre o que pretendia fazer e o que realmente fez (Martins, 2001).

Na DID o psicomotricista articula as duas vertentes da intervenção, utilizando a componente relacional para fomentar a relação e a parte emocional do indivíduo e a componente instrumental para ajudar o indivíduo a encontrar estratégias para se adaptar à vida diária. Durante as sessões potencia-se a aprendizagem realizando objetivos exequíveis, onde o desempenho não seja sem esforço ou provoque frustração. Um dos objetivos mais importantes é trabalhar habilidades para promover a autonomia e a independência, fornecendo estratégias e formas de ação que capacitem e permitam a maximização da expressão das competências e capacidades dos indivíduos (Rodrigues, 1991).

No CTVAA não existem sessões “puras” de psicomotricidade. O aspeto psicomotor do cliente é trabalhado nas sessões de atividade motora ou atividade em meio aquático, onde exploram todos os fatores psicomotores como tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal e praxia (fina e global). Estas sessões são em grupo, promovendo também a interação social e trabalhando componentes relacionais.

O trabalho diário desenvolvido nas salas pretende promover aspetos relacionados com as autonomias (usar dinheiro, ver as horas, fazer recados) e componentes académicas (contar, desenhar, pintar, recortar).

Em ambas as situações é encorajado o diálogo. A verbalização é bastante incentivada, pois os clientes devem conseguir reproduzir as instruções que lhe foram dadas, acontecimentos e pedidos ou necessidades. Em todas as sessões/ocasiões pretende-se trabalhar as capacidades de indivíduo de forma a potencializar a sua funcionalidade. O objetivo final de todo o trabalho é que o indivíduo potencialize a sua autonomia. O importante não é a maneira (esquema motor) como fazem, mas sim se a maneira como o fazem produz os resultados desejados.

Como já referido anteriormente, a abordagem psicomotora acaba por estar inserida em atividades dinâmicas de atividade motora e de atividade em meio aquático, que permitem promover um maior bem-estar físico e emocional.

## **A Intervenção Psicomotora e contextos**

### **Atividade Motora Adaptada (AMA)**

A atividade motora adaptada, muitas vezes designada atividade física adaptada, pode designar-se como a atividade física normal e regular, adaptada às pessoas com DID ou com necessidades especiais (Sherrill, 1997).

A AMA permite desenvolver e trabalhar um leque variado de áreas e de competências, sendo muito importante a intervenção a este nível. Intervém nomeadamente ao nível psicomotor, mas também num âmbito mais terapêutico. As atividades sensoriomotoras oferecem uma oportunidade para a pessoa com deficiência demonstrar suas capacidades motoras básicas, a sua postura e capacidade de equilíbrio. Para aqueles com problemas de integração dos reflexos, as atividades sensoriomotoras são administradas com o objetivo de tornar o movimento e o tônus subjacente um evento controlável do ponto de vista voluntário. Este controlo pode ser indiretamente solicitado pelo instrutor através da participação de numa atividade de controlo postural. Os exercícios, em forma de circuito ou espaços delimitados, promovem maior sucesso na execução, pois direcionam o movimento ou atividade para a sua execução (Sherrill, 1997).

As atividades perceptivo-motoras integram as funções sensoriomotoras num contexto intencional e consciente de modo a direcionar o movimento de acordo com noções conceituais. Os exercícios onde as escolhas simples implicam uma tomada de decisão podem envolver desde conceitos sobre as dimensões do próprio corpo até relações temporais como o tempo de contato com um objeto em movimento numa determinada direção ou a programação de um ato motor (Sherrill, 1997)

A atividade motora está intimamente ligada às relações que o indivíduo estabelece com os outros, constituindo todas as possibilidades de ação do indivíduo, iniciam-se com o processo de vinculação, ou seja, com um processo em que o indivíduo estabelece uma relação de segurança e conforto com uma figura de referência (Sarmiento, 2001).

### **Atividade em Meio Aquático**

Cada vez mais a atividade em meio aquático está a ser utilizada para a população especial. De uma forma geral, os objetivos psicomotores em meio aquático são (Nuñez, 2002): tomada de consciência do esquema corporal, desenvolvimento da lateralização e equilíbrio, desenvolvimento do sentido de orientação, intensificação da atenção, introspeção e reflexão pessoal, desenvolvimento do sentido rítmico e da estruturação espaço-temporal, desenvolvimento da criatividade e desenvolvimento da comunicação e interação com os outros.

Este novo meio possibilita uma nova gama de movimentos, promovendo novas explorações psicomotoras e uma nova percepção corporal (Matias, 2005). As novas experiências permitem ao indivíduo tomar uma melhor consciência do seu esquema corporal, que ao organizar as sensações provocadas pela água, promove a distinção entre o mundo exterior e o interior, construindo uma forma de se identificar. Ao obter esta consciência corporal, o indivíduo consegue preparar o gesto motor antes da sua execução e corrigi-lo caso durante o movimento perceba que não está adequado (Nuñez, 2002). Dentro de água é mais fácil corrigir o movimento, pois a resistência da água e a flutuação, a fluidez do movimento fica mais lenta, dando tempo ao indivíduo para realizar pequenas alterações (Lambeck & Gamper, 2010).

O método utilizado durante a atividade em meio aquático é o método de Halliwick, desenvolvido por James MC.Millan no ano 1950. Inicialmente este método foi desenvolvido para ensinar pessoas com problemas físicos a nadar e a serem independentes na água. É centrado numa abordagem dinâmica e Ativa para facilitar a integração sensorial (Lambeck & Gamper, 2010).

Este método exige que inicialmente haja um ajustamento mental ao meio aquático. Através de um ajustamento mental pretende-se que o indivíduo aprenda a organizar uma resposta automática e apropriada a qualquer situação dentro de água. Para continuar a ensinar como estar em segurança e autonomia no meio, trabalha-se o equilíbrio dentro de água. A capacidade de controlar o equilíbrio dentro de água permite a mudança de posições dentro de água. Com o aumento do controlo postural e do equilíbrio, os movimentos dentro de água vão ficando cada vez mais objetivos e controlados (Lambeck & Gamper, 2010).

No entanto é necessário compreender alguns conceitos das propriedades físicas da água para compreender completamente o método de Halliwick. O efeito metacêntrico é descrito como o ponto em que as forças da gravidade e de flutuação, exercem a mesma força mas em sentidos opostos, resultando em equilíbrio. Caso o corpo não se ajuste e as forças não sejam simétricas e em sentidos opostos, o corpo vai ficar instável, causando uma série de rotação em tentativa de recuperar o equilíbrio (Lambeck & Gamper, 2010).

No meio aquático perdemos estabilidade, com a alteração das referências plantares. O indivíduo é sujeito a um conjunto de forças que não permitem a execução

dos esquemas motores como no meio terrestre, porque todo o quadro de referência se altera. É necessário existir uma readaptação postural, nova e gradual, logo após a imersão na água (Allen, 2001). O meio aquático relativiza o conhecimento motor, podendo ser ao início necessária ajuda física para segurança e estabilidade (Pérez, 2001). As informações táteis e quinesésicas são provocadas através do toque e das experiências motoras. No novo meio o indivíduo enfrenta a exigência de um maior esforço para se movimentar devido às forças de resistência, como a viscosidade, a resistência frontal e a força de arrasto, mas também a possibilidade de realizar um maior número de movimentos devido à sua capacidade de flutuação. Estas forças proporcionam ainda um feedback às articulações necessárias à modulação dos movimentos. O indivíduo explora o espaço com o seu próprio corpo e é a partir dele que se orienta e organiza (Allen, 2001; Sarmento, 2001; Perez, 2001).

O método apresenta um programa de 10 pontos para estruturar a aprendizagem de capacidades. Os 10 pontos deste programa coincidem com capacidades essenciais para o ganho de confiança e autonomia dentro de água, estando divididos em processo de aprendizagem, atividade e pré-treino (Lambeck & Gamper, 2010). Os pontos são (Lambeck & Gamper, 2010):

- Ponto 1 - ajuste mental: aprender a reagir adequadamente à água, controlo da respiração e compreender os efeitos de flutuação e impulsão;
- Ponto 2 - controlo da rotação sagital: controlar movimentos com componentes esquerda-direita em torno do eixo sagital;
- Ponto 3 - controlo da rotação transversal: controlo dos movimentos em torno do eixo transversal (e.g.: deitar e levantar);
- Ponto 4 - controlo da rotação longitudinal: controlar os movimentos em torno do eixo longitudinal (e.g.: passar de decúbito ventral a decúbito dorsal e realizar uma rotação completa de 360°);
- Ponto 5 - controlo da rotação combinada: capacidade de conjugar as capacidades aprendidas dos pontos anteriores e realizar movimentos fluidos e combinados (e.g.: enquanto faz uma rotação transversa para a frente, gira sobre o seu eixo longitudinal, passando de decúbito ventral para decúbito dorsal);
- Ponto 6 – impulsão: compreensão que a água empurra do corpo para cima e não o afunda;
- Ponto 7 - equilíbrio em imobilidade (flutuação): manter uma posição estável e relaxada sem movimentos compensatórios;
- Ponto 8 - deslize em turbulência: manter a flutuação, enquanto o corpo é agitado pela turbulência da água provocada pelo monitor;
- Ponto 9 - progressão simples: utilização de pequenos movimentos de natação com as mãos de modo a experienciar uma deslocação voluntária;
- Ponto 10 - movimento básico: movimento de natação propulsivo com os braços, elevando-os até à linha da água, fazendo uma semicircunferência ampla na água até à linha dos ombros.

Ao passar de um plano em baixo de água para um plano em cima de água vai provocar no indivíduo mudanças, obrigando-o a captar um conjunto de novas referências, para se orientar e organizar. A posição vertical torna-se instável, sendo necessário ativar um maior número de grupos musculares para o indivíduo se reequilibrar, contrariando as forças da água. O meio aquático proporciona uma maior liberdade de movimentos do que no meio terrestre, devido à capacidade de flutuação e proporcionar uma motricidade sustentada. Relativamente à posição horizontal, existe uma mudança de inversão de conceitos espaciais, pois em decúbito dorsal, o que era a sua parte da frente passa a ser a sua parte de cima e o que era a parte de trás, passa a ser a sua parte de baixo (Nuñez, 2002; Pérez, 2001).

Ao longo da aprendizagem são dados apoios, podendo ser apoio manual do terapeuta ou material, para ajudar nos processos iniciais de adaptação ao meio e ao

exercício. A redução destes apoios vai sendo gradual de forma a desafiar o cliente a adaptar as suas capacidades para manter o equilíbrio naquela atividade. O objetivo final será remover qualquer tipo de ajuda e o indivíduo conseguir realizar o exercício em equilíbrio e controladamente (Lambeck & Gamper, 2010).

O sistema nervoso é o responsável por criar uma tensão muscular de base, a chamada tonicidade, necessária para manter o equilíbrio e o controlo postural. A tonicidade pode ser influenciada pelas emoções, traduzindo-se em alterações das atitudes posturais. Quando o indivíduo fica com medo o seu tónus aumenta e o corpo fica rígido, dificultando a fluidez dos movimentos. O equilíbrio juntamente com estas atitudes posturais constituem a base da autonomia motora. Quando o equilíbrio é pobre pode comprometer a mobilidade de alguns segmentos corporais o que significa uma pobre construção do esquema corporal. Se um indivíduo apresenta grande dificuldade de equilíbrio vai necessitar um maior dispêndio de energia e atenção para conseguir realizar a atividade, ficando descuidado outros pormenores dessa ou outra atividade secundária inerente (Nuñez, 2002).

O controlo respiratório é um dos principais fatores determinantes para a segurança neste meio, sendo necessário o seu controlo para progredir nas imersões. Esse controlo respiratório está sujeito a influências corticais conscientes e inconscientes. As influências conscientes referem-se a um ato voluntário, mas que pode levar à hipo ou hiperventilação. As influências inconscientes podem conduzir ou a uma hipoventilação, através de falta de atenção e concentração, de movimentos lentos, fadiga, ou uma hiperventilação, através de fatores emocionais, como por exemplo a ansiedade ou o medo. Pretende-se que o indivíduo controle as emoções através da frequência e da amplitude da respiração ou compreenda que controlando a respiração consegue obter um maior controlo emocional (Nuñez, 2002).

A nível sensorial, as informações visuais, reportam para aquilo que o indivíduo vê e como vê, a sua interpretação do contexto: se encara o meio aquático como meio que envolve, pelos movimentos da água (como a turbulência), que o massaja, transmitindo-lhe ora energia ora conforto, como constante liberdade de movimentos; ou se pelo contrário, sente este meio como uma fonte de medo e terror, como uma possibilidade de regressão e afundamento (Pérez, 2001).

O sistema práxico é constituído por um conjunto de informações espaço-temporais, propriocetivas, posturais, tónicas e intencionais cujo objetivo é a execução do ato motor voluntário. Constituem os seus pré-requisitos (Nuñez, 2002): desejo ou intencionalidade, integração do espaço, organização postural, programação do movimento a realizar.

O tempo é um conceito que está intimamente ligado ao de espaço. Segundo Nuñez (2002), este é um conceito que se desenvolve de acordo com as seguintes etapas sucessivas aquisição dos elementos básicos: como a velocidade, a duração, a continuidade; tomada de consciência das relações de tempo, com o “espera”, o “antes”, o “depois”, o “durante” e “agora”, a noção de simultaneidade de sucessão; e alcance a nível simbólico, aplicando a aprendizagem, associando-as à coordenação de movimentos.

A estruturação temporal desenvolver-se-á através de atividades fundamentalmente rítmicas. Estas têm o seu ponto de partida no ritmo corporal que se traduzirá num ritmo de comportamento e de motricidade (movimento) e consequentemente, num ritmo de exploração auditiva e visual. Num ritmo mais simbólico teremos um ritmo de aprendizagem (Nuñez, 2002).

Com o ganho de autonomia dentro do meio aquático, a exploração do espaço, de vários materiais e de vários esquemas motores aprendidos em meio terrestre torna-se natural (Matias, 2005).

Aplicando toda a teoria à prática, foram dinamizadas no total 68 sessões em grupo, incluindo diferentes patologias, de atividade motora e atividade em meio aquático.

## A Intervenção Psicomotora no CTVAA

A intervenção realizada no CTVAA é centrada na funcionalidade e qualidade de vida, no bem-estar físico, no bem-estar emocional e nas relações interpessoais. Na intervenção psicomotora desenvolvida pela estagiária, ao longo deste ano letivo, procurou-se promover um estilo de vida saudável através do movimento, otimizar a autonomia, estimular a autoestima e desenvolver as competências sociais.

Toda a intervenção teve lugar no CTVAA, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> das 9:30 às 16:30 de acordo com o horário estipulado no início do ano:

**Tabela 1 - Horário da intervenção no CTVAA**

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9:30/ 10:15	Caminhada	Caminhada	Caminhada		Caminhada
10:30/ 12:30	Atividade em meio aquático/ Tempo livre de trabalho no Centro	Atividade em meio aquático (1 cliente – A.P.)	Atividade em meio aquático (5 clientes - C.M.)		Atividade em meio aquático (1 cliente – A.P.)
14:00/ 15:00	Caminhada	Atividade motora		Atividade motora (6 clientes)	Atividade motora
15:00/ 16:30	Atividade motora	Atividade motora (13 clientes – C.M.)		Caminhada (5 clientes – C.M.)	

Os 83 clientes estão distribuídos por 5 salas, independentemente da sua dificuldade. Nas sessões de atividade motora, caminhada e atividade em meio aquático são organizados grupos, mais ou menos, homogêneos, em termos de capacidade, com clientes de diferentes salas. Cada grupo, de acordo com as suas capacidades e necessidades, explora um objetivo geral de sessão, partido de um trabalho mais centrado na parte cognitiva ou mais em aspetos motores. No entanto, cada cliente tem um objetivo específico para desenvolver.

No que concerne aos grupos com os quais se interveio, estes foram constituídos por vários clientes, de todas as salas, com as idades de 16 a 49 com os diagnósticos de DID, DM e PEA (anteriormente abordados).

Sobre a total responsabilidade da estagiária para intervenção e dinamização ficaram os grupos de terça-feira de manhã em meio aquático e à tarde em atividade motora adaptada, quarta-feira de manhã em atividade em meio aquático e quinta-feira à tarde o grupo de atividade motora. De uma forma recorrente foi também pedido para dinamizar as sessões de segunda-feira de atividade motora, que inicialmente não fazia parte do horário inicial de dinamização de sessões.

Em cada sessão são desenvolvidas atividades em que o agir pelo corpo trabalhe aspetos cognitivos. O processo de aprendizagem nestas sessões é realizado muitas vezes, pela demonstração e repetição das atividades, pois quando a perceção se encontra dificultada, a demonstração é a base do entendimento.

O corpo como foco de intervenção é essencial na medida que é por ele que vivenciamos e experienciamos o mundo. É através do corpo que recebemos a informação sensorial necessária para perceber e reproduzir uma resposta. Após a perceção do estímulo existe o planeamento de um ato motor como resposta.

Em todas as sessões são trabalhados os fatores psicomotores, de uma forma mais direta ou indireta, dando primazia à capacitação da funcionalidade. De uma forma geral todas as sessões começam com uma conversa inicial, podendo abordar várias temáticas, passando depois para um aquecimento global da musculatura o corpo, posteriormente desenvolvendo uma ou mais atividades principais com objetivos lúdico-terapêuticos, acabando com um relaxamento e uma conversa final para a autoavaliação e explorar alguns aspetos decorridos na sessão.

O trabalho das componentes motoras acaba por ser valorizado por alguns clientes, uma vez que a exploração da sua aptidão e capacidade motora lhes transmite bem-estar e confiança.

Nas sessões de atividade motora o aspeto motor é tão relevante como as componentes cognitivas e comportamentais. A componente motora pretende preservar a funcionalidade motora, importante para a realização de qualquer tarefa do dia-a-dia. A componente comportamental está sempre presente, uma vez que as sessões são em grupo e existem relações interpessoais que vão sendo trabalhadas, sendo o foco principal ou secundário de algumas atividades.

Durante as sessões dá-se um especial enfoque à verbalização dos vários elementos da sessão, o que foi pedido, quais as regras, as dificuldades ou algum comportamento específico que tenha acontecido e seja pertinente discutir. Ao fazer pensar sobre como se está a agir permite ao cliente consciencializar-se das suas ações e impede que os clientes hajam apenas por imitação e mecanização do ato motor. A perceção do porquê e do como do ato motor ajuda também a construir uma melhor consciência corporal.

Os planeamentos das sessões passam por conseguir trabalhar um objetivo geral comum ao grupo (motor, cognitivo, comportamental), mas sem descartar os objetivos específicos de cada indivíduo. As atividades são escolhidas de acordo com a idade cronológica dos indivíduos e que promovam a funcionalidade de capacidades/competências relevantes para a sua vida diária.

De uma forma geral nas sessões de atividade em meio aquático pretendeu-se promover a exploração e uso de diferentes materiais, treinar a deslocação horizontal sem apoio ou com apoio físico moderado (de preferência do material), controlo da respiração, melhorar a postura tanto na vertical como na horizontal e promover um estado de relaxamento corporal. Encaixado dentro da mesma atividade encontra-se a possibilidade de trabalhar as autonomias na higiene pessoal. Esta oportunidade é sempre aproveitada para tentar promover/ensinar os clientes (do género feminino neste caso) a serem autónomos durante o banho e a vestirem-se.

### **Estratégias e ajudas**

O uso de estratégias e ajudas durante as sessões permite ao terapeuta corrigir, adequar e facilitar a realização e desempenho do cliente numa tarefa. Os tipos de estratégias e ajudas mais utilizados foram:

- Reforço positivo: ações de oferecer ajuda corporal ou verbal, para conseguir que o sujeito realize determinadas ações (Vieira, Batista & Lapierre, 2005).
- Demonstração: proporcionar uma imagem ou recriação de como a tarefa se deve realizar (Godinho, Mendes, Melo & Barreiros, 2007);
- Feedback: informação verbal sobre como a tarefa está a ser executada ou do resultado que se irá obter (Godinho, Mendes, Melo & Barreiros, 2007)
- Motivação: a elevação e manutenção do interesse do sujeito pela prática da tarefa ajuda na realização de forma consciente (Godinho, Mendes, Melo & Barreiros, 2007);
- Instrução: fornecimento de informação sobre o objetivo da tarefa e forma de realização da mesma (Godinho, Mendes, Melo & Barreiros, 2007).

Tal como foi referido anteriormente, ao longo deste ano letivo a atuação da estagiária passou por diversas etapas. Inicialmente e durante o mês de Outubro, a participação da estagiária passou pela observação não sistemática com função descritiva do funcionamento geral da instituição e das sessões de atividade motora desenvolvidas pelas técnicas de Educação Especial e Reabilitação (ver exemplar de planeamento e



relatório no Anexo B), para uma segunda parte onde se começou a participar nas sessões e finalmente, para a intervenção sobre supervisão.

No que concerne ao início da intervenção propriamente dita, a mesma organizou-se por um primeiro contato com os clientes para o estabelecimento da relação empática e para a observação informal das capacidades, dificuldades e interesses dos clientes, para se proceder a um processo de avaliação que possibilitou a definição posterior dos objetivos (gerais e específicos) e a planificação das atividades com vista à aquisição desses mesmos objetivos. Finalmente, e com o finalizar do ano letivo, procedeu-se a uma avaliação final, no sentido de perceber a existência (ou não) de ganhos nas competências sociais, funcionais e psicomotoras dos clientes com os quais se interveio. Desta forma, e para um melhor enquadramento do processo de avaliação, será feita em seguida uma descrição sintetizada dos instrumentos utilizados com um exemplo de resultados, com a caracterização da intervenção ao longo do tempo e finalmente as conclusões e reflexões finais.

### **Processo de Avaliação**

A avaliação começou por ser observação direta entre os meses de Setembro e Dezembro, com início da consulta da Escala de Comportamento Adaptativo (versão portuguesa) dos clientes que iriam fazer parte dos grupos de intervenção. De seguida, foi aplicado a Escala de Intensidade de Apoios, de forma a traçar um plano de apoios que os clientes necessitam em várias situações.

### **Instrumentos**

#### **Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP)**

Em qualquer processo de avaliação, é necessário ter em conta o contexto do indivíduo. A contextualização numa determinada sociedade/comunidade implica que as limitações se refiram a expectativas culturais que a comunidade tem para a idade dos demais pares. Ao contar com a comunidade onde o indivíduo está inserido, também se dá importância à diversidade cultural e linguística e às diferenças notáveis ao nível dos fatores fundamentais para uma melhor compreensão da dificuldade: comunicação, aspetos sensoriais, motores e adaptativos. Ao identificar as limitações é possível criar um plano de apoios, com o intuito de minimizar as dificuldades e aumentar a funcionalidade do indivíduo. No entanto as pessoas não devem ser apenas definidas pelas suas limitações, mas também pelas suas capacidades (Luckasson et al, 2002).

Baseado na proliferação de estudos sobre a DID, e de acordo com a sua nova definição, constata-se a necessidade de instrumentos válidos e normalizados, que permitam a avaliação dos dois primeiros critérios de diagnóstico: o QI (pelas escalas de inteligência) e o CA (por escalas específicas para avaliar as competências adaptativas). Assim se explica o interesse demonstrado por esta nova conceção da condição, centrando-se mais na qualidade de interação entre o indivíduo e o seu envolvimento. A definição de comportamento adaptativo adotada foi a de Santos (2007) que define CA como o *“conjunto de habilidades aprendidas ou adquiridas para desempenhar com sucesso aspetos e tarefas, no âmbito da independência, responsabilidade pessoal e social, que através de ajustamentos vários procura a adaptação às expectativas socioculturais e etárias vigentes, que implicam o assumir do papel de membro ativo na comunidade onde o indivíduo se insere.”*

Ainda neste âmbito, Lambert, Nihira & Leland (1993) distinguem três componentes do CA: funcionamento independente individual; responsabilidade pessoal e responsabilidade social. A ideia constante é analisarem-se os produtos e as condutas apresentados pelos sujeitos com DID em relação direta com o escalão etário e o grupo

sociocultural a que pertence. Os mesmos autores definem o funcionamento independente como a capacidade de desempenhar com sucesso as tarefas diárias, de acordo com a idade; a responsabilidade pessoal como a capacidade de assumir comportamentos, tomar atitudes, decisões, etc., adequadas ao conjunto de regras da sua sociedade; e finalmente, a responsabilidade social como a capacidade de demonstrar comportamentos adequados na interação com os outros indivíduos, sempre relativamente à cultura na qual ele está inserida.

A escala de comportamento adaptativo foi criada por Lambert, Nihira e Leland nos Estados Unidos em 1993 e traduzida e adaptada para Portugal por Santos e Morato em 2004. A validação da escala em Portugal foi executada por Santos (2007).

A escala do comportamento adaptativa na sua versão original (ECA) foi desenvolvida pela necessidade de avaliar os indivíduos de uma forma mais holística, não se baseando exclusivamente no valor do QI (Santos, 2001). Trata-se de um instrumento de avaliação de referência à norma, que permite avaliar as dez áreas adaptativas, presentes na definição de DID de 1992, com o intuito de identificar áreas fortes e fracas de um sujeito, contribuindo para a criação do seu perfil individual (Santos et al., 2008).

A ECAP pretende avaliar a capacidade do indivíduo de independência pessoal e comunitária, a sua performance e o ajustamento social, identificando quais as áreas fortes e fracas de indivíduos com dificuldade intelectual e desenvolvimental (Santos, 2007).

A escala contém duas partes, sendo a primeira parte responsável por avaliar a independência pessoal e as habilidades relevantes para a autonomia e responsabilidade na vida diária e a segunda parte foca-se nos comportamentos sociais, que se constituem como medidas do comportamento adaptativo relativos à manifestação de problemas de personalidade e comportamentais (Santos, 2007).

A primeira parte da escala avalia os domínios da autonomia, do desenvolvimento físico; a atividade económica; o desenvolvimento da linguagem; os números e tempo; a atividade doméstica; a atividade pré-profissional; a personalidade; a responsabilidade e a socialização.

A segunda parte avalia o comportamento social; a conformidade; o ser ou não merecedor de confiança; o comportamento estereotipado e hiperativo; o comportamento sexual; o comportamento auto-abusivo; o ajustamento social e o comportamento interpessoal com perturbações.

A abrangência da avaliação feita pelos vários domínios a nível do comportamento pretende tentar incluir a natureza das exigências de variadas situações, tentando perceber a eficácia em lidar com as exigências contextuais. Ao avaliar o comportamento adaptativo, temos de ter em atenção todas as habilidades e capacidades que o indivíduo possa apresentar, pois todas elas caracterizam o comportamento humano (Morato & Santos, 2004).

### **Avaliação**

A ECAP foi aplicada inicialmente em 2011 pela psicóloga do CTVA. Os resultados obtidos, mais as observações obtidas ao longo do último semestre de 2011 contribuíram para o processo de planeamento da intervenção. A escala foi aplicada uma segunda vez em Junho com o objetivo de perceber a evolução dos indivíduos que constituíam os grupos. Para facilitar a compreensão dos resultados é apresentado um exemplo dos resultados da avaliação inicial e final de um cliente, os restantes podem ser consultados em anexo.

**Tabela 2 - Exemplo da avaliação inicial e final de um cliente**

Domínio	Cotação Inicial	Cotação Final
Autonomia	44	60
Desenvolvimento Físico	32	32
Atividade económica	0	0
Linguagem	25	25
Números e tempo	1	1
Atividade domestica	3	3
Atividade vocacional	1	1
Personalidade	7	7
Responsabilidade	2	2
Socialização	11	12
Comportamento social	18	18
Conformidade	5	5
Merecedor de confiança	4	4
Estereotipias e hiperatividade	6	6
Comportamento sexual	3	3
Comportamento auto-abusivo	11	11
Ajustamento social	3	2
Comportamento interpessoal	4	4

Num segundo momento, a estagiária aplicou a escala de intensidade de apoios de forma a complementar a informação para a intervenção e realizar um pequeno estudo exploratório da intensidade de apoio dos clientes do CTVA.

### **Escala de Intensidade de Apoios**

Em 1992 a *American Association of Mental Retardation* (AAMR) adotou um modelo para as dificuldades intelectuais que enfatiza a natureza da dificuldade como um ajuste entre as capacidades da pessoa e o contexto em que esta está inserida (Wehmeyer et al, 2009). Esta adoção levou a uma necessidade de se ter mais informação acerca dos apoios como meio para melhorar o funcionamento humano, passando então a ser necessários instrumentos que permitam a medida das necessidades destes apoios (Thompson et al., 2002 *cit. in* Wehmeyer et al, 2009).

Os autores acima referidos definem *apoios* como os recursos e estratégias que promovem o interesse e o bem-estar das pessoas e que resultam numa maior independência individual e numa maior produtividade, uma melhor participação e integração na sociedade e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

As novas abordagens em relação às pessoas com DID pressupõem três objetivos fundamentais, visando uma conceptualização mais alargada da DID, evitar que o diagnóstico destas pessoas seja feito apenas com base no Quociente de Inteligência (QI) e relacionar as necessidades individuais com os tipos de apoio apropriados (Luckasson et al., 2002 *cit. in* Santos et al., 2008).

Devido às diversas perturbações em várias esferas do desenvolvimento, já abordadas anteriormente neste trabalho, os indivíduos com DID necessitam de apoios também eles diversificados, tanto a nível qualitativo como quantitativo, para poderem realizar adequadamente as várias atividades do dia-a-dia (Santos et al., 2008). Daí a importância desta Escala de Intensidade de Apoios (EIA) que iremos agora abordar.

Esta escala, desenvolvida num período de 5 anos, foi concebida para providenciar informação às equipas de planeamento, às agências e às organizações, com vista a uma melhor compreensão por parte destas das necessidades de apoios das pessoas com DID e outras dificuldades desenvolvimentais (Wehmeyer et al, 2009).

Tendo em conta que vivemos numa sociedade em constante mudança também a visão em relação às pessoas com DID se tem vindo a alterar. Segundo Thompson e colegas (2004) existem cinco pontos fundamentais relacionados com estas mudanças e em relação aos quais a EIA proporciona uma ajuda essencial para os avaliar, permitindo uma adequação das redes de apoio e das atividades das quais a pessoa com DID vai usufruir (Santos et al., 2008).

Estes cinco pontos relacionam-se com as expectativas em relação às pessoas com dificuldades, que passaram a ser mais próximas daquelas em relação às pessoas ditas normais; com a descrição funcional da dificuldade, mais baseada na descrição da performance da pessoa em tarefas da vida diária; com a ideia da implementação de atividades apropriadas à idade cronológica da pessoa, sendo que os apoios também deverão ser providenciados mediante a idade cronológica; com os serviços e apoios destinados ao consumidor, passando estes a ter que estar adaptados às necessidades das pessoas com dificuldades e suas famílias; e, por fim, com as redes de apoio que providenciam apoios individualizados (Santos et al., 2008).

A EIA é constituída por três secções: a secção 1 que é a Escala de Intensidade de Apoios, a secção 2, relacionada com as Atividades de Proteção e Representação e a secção 3, relacionada com Necessidades Excepcionais de Apoio Médico e Comportamental (Thompson et al., 2009).

A primeira secção está dividida em seis subescalas de apoio: atividades de vida diária, atividades da vida comunitária, atividades de aprendizagem ao longo da vida, atividades profissionais, atividades de saúde e segurança e atividades sociais. Estas secções são cotadas tendo em conta a frequência, o tempo diário e o tipo de apoio necessários. Estes três fatores são avaliados, cada um deles individualmente, com valores de 0 a 4 de acordo com uma chave de classificação (Santos et al., 2008).

**Tabela 3 - Chave de classificação da Escala de intensidade de apoios (Thompson et al., 2009)**

Chave de classificação		
Frequência	Tempo diário de apoio	Tipo de apoio
0 = Nunca ou menos que mensalmente	0 = Nenhum	0 = Nenhum
1 = Pelo menos uma vez por mês, mas não uma vez por semana	1 = Menos de 30 minutos	1 = Presença do técnico
2 = Pelo menos uma vez por semana, mas não uma vez por dia	2 = Entre 30 minutos e menos de 2 horas	2 = Ajuda verbal ou gestual
3 = Pelo menos uma vez por dia, mas não uma vez em cada hora	3 = Entre 2 horas e menos de 4 horas	3 = Ajuda física parcial
4 = Uma vez por hora ou mais frequente	4 = 4 Horas ou mais	4 = Ajuda física completa

A segunda secção é uma escala suplementar, não sendo utilizada para determinar o índice das necessidades de apoios. A última secção é constituída por 15 condições médicas e 13 problemas de comportamento, que podem ser avaliados com 0 (não necessita de apoio), com 1 (necessita de algum apoio) e com 2 (elevada necessidade de apoio) (Thompson et al., 2009).

A EIA foca-se então em alguns aspetos fundamentais como o padrão e a intensidade de apoios necessários à pessoa (Thompson et al., 2004) para que esta possa integrar da melhor forma na vida da sua comunidade (Santos et al., 2008).

Para complementar os resultados obtidos com a ECAP, foi aplicada a EIA. Na tabela em baixo fica um exemplo dos resultados de um cliente.

**Tabela 4 - Exemplo dos resultados da EIA**

Subescala das atividades	Total de pontuação
A. Vida em casa	58
B. Vida na comunidade	42
C. Aprendizagem ao longo da vida	63
D. Profissionais	61
E. Saúde e segurança	36
F. Social	38

Após a interpretação dos resultados obtidos, procedeu-se ao estabelecimento de objetivos gerais e específicos para cada cliente, sendo esta abordagem explicitada no próximo subcapítulo, ao mesmo tempo que se caracterizará todo o processo de intervenção.

### Processo de Intervenção

Como já referido o CTVAA funciona por ano civil, pelo que as avaliações anuais iniciais se realizara em janeiro, podendo prolongar-se até fevereiro, as intermédias em junho e julho e as finais em novembro e dezembro. Estas avaliações giram em volta da criação e monitorização dos objetivos específicos de cada área. De três em três anos são aplicadas escalas (ECAP, QOL) e uma entrevista com os pais e o próprio cliente de forma a recolher quais as áreas de maior interesse de intervenção no futuro.

Uma vez que o estágio começa em setembro, foi possível presenciar a monitorização final dos objetivos específicos do ano de 2011 e participar na definição dos objetivos específicos da área de atividade motora e atividade em meio aquático para o ano de 2012. Tanto a definição como a monitorização dos objetivos é realizada através de observação direta e em reunião de equipa.

Todos os objetivos pretendem melhorar a qualidade de vida e potencializar a funcionalidade do indivíduo utilizando todos os apoios que o centro integra.

Após a avaliação inicial e observação da prestação nos apoios, foram estipulados os objetivos específicos para cada cliente, priorizando-se os mesmos de acordo com as motivações e interesses dos próprios clientes e seus familiares. Para uma mais fácil compreensão apresentam-se exemplos na tabela 5 e 6:

**Tabela 5 - Exemplos de objetivos específicos em meio aquático**

Objetivo específico	Critério de êxito/Meta
Diminuir comportamentos auto e hétero agressivos	Com ajuda verbal moderada e física mínima
Aumentar a exploração de materiais	Ajuda verbal mínima e física moderada
Demonstrar satisfação pela realização da atividade	Ausência de comportamentos estereotipados de auto e hétero agressão

**Tabela 6 - Exemplo de objetivos específicos em atividade motores**

Objetivos específicos	Critério de êxito/Meta
Transpor diferentes tipos de obstáculos	Com ajuda física mínima
Aceitar críticas e sugestões	Com ajuda verbal mínima

A meio do ano é realizada uma monitorização (ver tabela 7 e 8) desses mesmos objetivos para compreender se a intervenção/estratégias adotadas estão a evoluir, se é necessário concentrar o foco de intervenção num outro objetivo ou se por alguma razão tem de ser descontinuado. Tanto na monitorização intermédia, como na final, atribuem-se as seguintes classificações aos objetivos:

- Alcançada, se o critério de êxito tiver sido conseguido;

- Parcialmente alcançado, se apenas um dos apoios foi intensificado;
- Não alcançados, se os apoios prestados e definidos no critério de êxito não foram os suficientes para a realização do objetivo;

**Tabela 7 - Monitorização de julho dos objetivos específicos de atividade motora**

Cliente	Nº de objetivos	Nº de objetivos alcançados	Nº de objetivos parcialmente alcançados	Nº de objetivos não alcançados
FP	1			1 (passividade e falta de participação)
RG	2		2	
MC	1	1		
FC	2	1	1	
JS	1			1 (não comunicativo)
RS	1	1		
LF	2	2		
N	2	2		
LC	2		2	
C.M.	2	1	1	
IJ	1	1		
AE	2	1	1	
LN	1			1 (comportamental)
SR	1		1	
HE	2		2	
RF	1			1 (comportamental e não comunicativo)
Total	24	10	10	4

**Tabela 8 - Monitorização de julho dos objetivos específicos de atividade em meio aquático**

Cliente	Nº de objetivos	Nº de objetivos alcançados	Nº de objetivos parcialmente alcançados	Nº de objetivos não alcançados
AP	3	3		
AE	2	1	1	
FC	1		1	
LV	1		1	
C.M.	3	2	1	
Total	10	6	4	

De uma forma geral, a intervenção focou-se em promover e potencializar a funcionalidade que os indivíduos têm para as atividades da sua vida diária: subir e descer escadas, transpor obstáculos, memorizar ordens ou recados simples, compreender localizações espaciais relativas e associações (peso – volume, força – distância).

No que toca aos resultados da ECAP não foram encontradas grandes diferenças nos resultados. Pode-se especular que a escala tem uma abordagem geral sobre o indivíduo e que como a intervenção foi em áreas específicas (motora e aquático) pode não ter sensibilidade para captar as mudanças/ganhos nessas áreas. Seria benéfico a utilização de uma escala específica dos diferentes contextos de intervenção que pudesse relevar a nível quantitativo as evoluções, pois apesar da ECAP parece não demonstrar grande evolução, foram alcançados alguns objetivos que beneficiam a funcionalidade dos clientes.

Os objetivos começaram a ser trabalhados no início de janeiro, houve interrupções devido a feriados, férias, atividades no exterior e o mês inteiro de maio devido à campanha do pirilampo. As interrupções foram mais sentidas no grupo de quinta-feira.

Inicialmente, foi necessário mudar o foco de atenção dos clientes das técnicas para a estagiária, passando a ser vista como a figura central das sessões. Num momento seguinte, e apesar de já haver alguma consistência nas relações entre cliente-estagiária, houve a necessidade de reforçar a confiança através de atividades dinâmicas que

promovessem o bem-estar físico e em que o papel da estagiária fosse participativo. Nalguns clientes foi notória a melhoria da sua participação durante as sessões à medida que a relação com a estagiária melhorava.

O facto de os objetivos estarem alcançados, não significa que deixem de ser trabalhados. A maior parte dos objetivos são de continuidade, ou seja, deixam de ser o foco principal da intervenção, mas é necessário que exista um trabalho contínuo para manter a funcionalidade da capacidade aprendida.

Para melhorar os objetivos parcialmente alcançados seria necessário mais tempo de intervenção. O grupo de terça-feira tem muitos elementos e é complicado prestar atenção e o mesmo nível de ajuda a todos os elementos. O facto de a meio da intervenção ter sido integrado um novo elemento desestruturou o grupo por algumas sessões, devido a comportamentos provocatórios e desadequados. O grupo de quinta-feira foi prejudicado pelo pequeno número de sessões que foi possível planear. Também neste grupo houve a integração de um novo elemento, mas a sua postura desafiante era canalizada para a estagiária ou para as técnicas, não prejudicando diretamente os colegas, apesar de prejudicar a dinâmica e a fluidez da sessão.

Relativamente aos objetivos que não foram alcançados pode-se especular que o tempo de intervenção, a relação entre estagiária e cliente, a motivação e comportamento do cliente não tenham contribuído para o sucesso (e.g.: não-aceitação de críticas e sugestões, recusa em ir às sessões ou participar nas mesmas, manter uma postura desafiante para os colegas e as técnicas e a não comunicação).

Clientes como a C.M. e o AP tiveram uma intervenção mais individualizada nas sessões de meio aquático. Enquanto os objetivos da C.M. se centravam mais nas suas autonomias, as estratégias utilizadas foram diminuir progressivamente as ajudas até ela compreender que não era necessário a ajuda permanente da estagiária, um feedback motivacional e recompensa. Os objetivos do AP centravam-se na componente comportamental, privilegiando a relação cliente-estagiária e expondo o cliente a situações problema que foram trabalhadas e ultrapassadas (aumento do tempo de espera antes de entrar e sair da água, aumento da exploração de materiais).

Nas sessões individuais a atenção disponibilizada apenas para um cliente ajuda a intervenção a ser mais concreta e o planeamento mais direto para os objetivos específicos.

Ao longo do estágio, foi também solicitado o acompanhamento de um estudo de caso, razão pela qual se procederá em seguida à sua descrição. A escolha deste caso específico apresentou como razões principais a fácil relação empática estabelecida entre a estagiária e a cliente e por referência das orientadoras.

### **Estudo de caso**

Para construir o estudo de caso foi necessário consultar o processo da cliente escolhida. No processo consta a anamnese, do qual foi retirada maior parte da informação, qual a medicação atual, o projeto de vida de 2011 a 2013, a última aplicação da ECAP.

A C.M. é do género feminino, nasceu a 22 de janeiro de 1973 e apresenta o diagnóstico de atraso global do desenvolvimento. Atualmente vive com os pais na sua habitação e é filha única. O pai é funcionário público e a mãe é doméstica. A primeira observação da C.M. pela CERCI Lisboa foi realizada em 19 de junho de 1980, tinha a cliente 7 anos e integrou, na altura, um colégio de educação especial.

A gravidez da mãe correu normalmente e não houve nenhuma situação relevante. O parto foi normal e com duração de 15 horas, aproximadamente. A C.M. ao nascer pesava 2,650 kg, chorou e apresentava uma cor avermelhada. Relativamente à alimentação após o nascimento, aos dois dias de vida foi introduzido leite artificial, pois a mãe deixou de ter leite.

No regresso a casa a C.M. dormia com os pais na sua cama e não apresentava alterações do sono. Aos 4/5 meses começou a ficar agitada e apática. Aos 10 meses foi a uma consulta com o Dr. Ataíde para realizar um exame de neurologia (EEG). Foi para o infantário com 60 dias, mas saiu por conselho do médico. Os pais também não gostaram do ambiente do infantário, que mais tarde acabou por fechar. A partir dos 10 meses foi viver com a avó materna para a Covilhã, os pais permaneceram em Lisboa, mas todos os 15 dias iam visitá-la. Apesar de algum tempo afastadas, a relação com a mãe encontra-se sem problemas.

Relativamente à história clínica, a C.M. teve parotidite aos 4 anos. Apresenta controlo dos esfíncteres (enurese apenas controlada aos 4 anos), apesar de algumas vezes existir perda de urina. Desenvolveu onicofagia depois do ano de idade. Na família existe um caso de epilepsia, diabetes e de doença mental.

A nível social a C.M. apresenta algumas dificuldades. Mostra-se comunicativa e simpática para qualquer pessoa, familiares, conhecidos e desconhecidos. Demonstra respeito pelas técnicas e monitoras da instituição. Com os colegas não apresenta problema, mas ocasionalmente apresenta um ou outro comportamento abusivo. Privilegia a interação com os técnicos e demonstra pouco interesse na relação com os colegas, sendo por vezes difícil a colaboração em grupo nas suas atividades do centro. Em situações de grupo que implique colaboração com os seus pares é frequente a C.M. apresentar uma resistência inicial à atividade, mas caso colabore com a técnica realiza a atividade bem-disposta e sem resistência.

No que toca ao desenvolvimento psicomotor, aos 5 meses segurou a cabeça, aos 4/5 meses nasceu o primeiro dente, aos 14 meses sentou-se com e depois sem apoio, nunca gatinhou (mas rastejou), aproximadamente aos 2 anos pôs-se em pé com apoio, aos 3 anos andou com apoio, sobe e desce as escadas com apoio. No relatório da primeira observação, tinha a C.M. 7 anos, a informação disponível afirma que não corria. A C.M. começou a dizer as primeiras palavras aos 3 anos, mas mais tarde foi possível identificar uma perturbação da linguagem, reproduzindo apenas vocábulos.

A preferência a nível manual, podal, ocular e auditiva é direita. Identifica corretamente a direita e a esquerda. Reconhece corretamente quais os itens que estão mais longe e mais perto e os objetos mais pequenos e maiores. Não consegue identificar diferenças entre itens parecidos (e.g. entre dois arcos, um de riscas vermelhas e brancas enquanto outro é totalmente vermelho, não identificou qual era o diferente). Relativamente à coordenação oculo-podal, quanto maior a bola mais fácil se torna, no pontapear necessita de olhar constantemente para a bola. Não controla a bola com o pé. Como não consegue controlar a bola, também não é capaz de a direcionar. No que toca à coordenação oculo-manual, quanto menor a bola mais fácil se torna. Tanto o agarrar como o lançar é feito com as duas mãos.

A C.M. apresenta uma motricidade fina razoável. Faz oponência do polegar, mas os seus desenhos apresentam maioritariamente círculos e algumas linhas. Não consegue copiar figuras geométricas simples (como um quadrado e um retângulo). Quando foi pedido para pintar dentro de limites a C.M. saiu dos limites e não preencheu totalmente a figura (predominância do lado direito preenchido).

Na sala a C.M. costuma realizar pinturas de figuras ou objetos em barro/terracota/gesso que ficam razoáveis, mas é necessário ajuda verbal por parte das monitoras de sala para a pintura ser perfeita (sem partes em falta ou com partes mais pintadas que as outras).

Relativamente aos interesses, a C.M. gosta de brinquedos, legos, maquilhagem, verniz e pulseiras. Apesar de gostar do tempo de atenção para a tarefa é pouco e perde a atenção facilmente.

No seu dia-a-dia a C.M. é bem-disposta e colabora nas tarefas que lhe são pedidas, mas é necessário manter um feedback motivacional. Ocasionalmente a C.M. demonstra alguns comportamentos agressivos quando está na carrinha de transporte e



comportamentos desadequados de auto-exploração em situações sociais. A C.M. é autónoma na alimentação, utilizando faca e garfo corretamente, e no uso da casa de banho. Relativamente à higiene (banho) e cuidado pessoal (vestir) a C.M. é dependente, necessitando de ajuda verbal para orientar e alguma ajuda física para atar os atacadores e endireitar alguma roupa.

No CTVAA a C.M. tem sessões de atividade motora, atividade em meio aquático, sessões de movimento, expressão plástica e integra o grupo de dança.

### **Avaliação da C.M.**

O seu percurso escolar começou em 1980 quando entrou numa escola em Barcarena, no ensino especial. O agrupamento de escolas providenciava sessões de terapia da fala semanalmente. Durante a entrevista em 1979, o observador salientou a superproteção por parte da mãe, a instabilidade motora da C.M., a associação de gestos ou palavras a uma situação/pedido/objeto, o olhar vago, a realização de ordens simples e os períodos de atenção curtos.

De momento a C.M. encontra-se no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa, onde tem apoios de atividade motora em ginásio, adaptação ao meio aquático, caminhada, exploração de artes plásticas e sessão de movimento.

Para a elaboração dos seus objetivos foi aplicada a Escala de Comportamento Adaptativo Portuguesa pelas psicólogas do CTVAA. A última aplicação foi em 9 de março de 2011 e as fontes de informação foram as técnicas da sala, as técnicas de reabilitação, as técnicas de terapia ocupacional e a fisioterapeuta. Os domínios que cotaram abaixo da média foram a atividade pré-profissional, a responsabilidade e o comportamento auto-abusivo.

No domínio da responsabilidade, o item sobre a responsabilidade sob objetos pessoais a resposta foi “não muito responsável – raramente toma conta dos seus objetos pessoais”, no item sobre a responsabilidade em geral a resposta foi “não é responsável – faz pouco esforço para cumprir as suas responsabilidades; as atividades que lhe estão atribuídas são pouco certas de serem cumpridas” e no item sobre a responsabilidade pessoal cotou zero nos cinco subitens, ou seja, não mantém o autocontrolo, não compreende o conceito de pontualidade, não procura e aceita ajuda nas instruções, não participa a existência de um problema e não assume a responsabilidade das suas ações.

No domínio da socialização, apenas coopera quando solicitada por um técnico, não demonstra consideração pelos outros. A C.M. cotou no nível mínimo, “não responde aos outros de uma forma socialmente adequada”. Sobre a sua participação em atividades de grupo foi cotado que a cliente apenas participa em atividades de grupo se for encorajada, mas mantém uma participação passiva. No item que avalia o egoísmo a cotação total é zero, conseguindo-se aferir que a C.M. não espera pela sua vez, não partilha com os outros, tem comportamentos desadequados quando não consegue o que quer, interrompe os técnicos e não aceita críticas.

O outro domínio abaixo da média é o comportamento auto abusivo. Ocasionalmente “preocupa-se demais com o local onde se senta ou dorme” (na residência verifica-se). No que toca à autoagressão a C.M. morde-se frequentemente, bate-se, puxa o cabelo e belisca-se ocasionalmente quando contrariada ou quando a carrinha de transporte está no meio do trânsito. “Cheira tudo” frequentemente, “brincar com a roupa” ocasionalmente e por vezes “brincar com a saliva”.

Tendo em conta a avaliação referida acima foram criados objetivos gerais para a C.M. que têm o prazo de 3 anos (de 2010 a 2013). Os objetivos são criados de acordo com as dimensões da qualidade de vida (bem estar físico, bem estar emocional, relações interpessoais), adotadas pela instituição, e depois apresentados à família para atribuírem uma ponderação sobre a sua importância (1-pouco importante, 2- importante, 3-muito importante).

**Tabela 9 - Objetivos gerais sobre o bem-estar físico da cliente C.M.**

Objetivo geral	Ponderação familiar	Intervenção	Intervenientes	Resultados esperados
Manter autonomias ao nível da higiene e arranjo pessoal	2	Sala Atividade em meio aquático (banho)	Equipa da sala Técnicas de reabilitação	Lavar as mãos sempre que necessário. Vestir-se e despir-se com ajuda verbal e física, cooperar no banho.
Aumentar autonomia pessoal ao nível da alimentação	3	Sala/Refeitório	Equipa da sala	Postura correta quando sentada à mesa. Comer devagar e evitar deixar cair comida na mesa ou no chão.
Manter a funcionalidade motora, a um nível geral	2	Atividade Motora Atividade em meio aquático Sessões de movimento	Técnicas de reabilitação Terapeuta ocupacional	Concretizar as atividades propostas mantendo o seu grau de funcionalidade motora.

**Tabela 10 - Objetivos gerais de bem-estar emocional**

Objetivo geral	Ponderação	Intervenção	Intervenientes	Resultados esperados
Manter a sua ação e interesse para o desenvolvimento de atividades estritamente ocupacionais	2	Sala	Equipa da sala	Concretizar as atividades propostas demonstrando satisfação pelo trabalho realizado
Manter o seu envolvimento e interesse no desenvolvimento de algumas atividades de carácter lúdico-terapêutico	2	Expressão plástica Danças tradicionais	Terapeuta ocupacional Equipa de dança	Concretizar as atividades propostas com satisfação e interesse.

**Tabela 11 - Objetivos gerais de relações interpessoais**

Objetivo geral	Ponderação	Intervenção	Intervenientes	Resultados esperados
Aumentar as suas competências sociais	3	Sala	Equipa da sala Psicólogas	Controlar a ansiedade em situações de alteração de rotina. Reduzir comportamentos estereotipados de auto-agressão. Cooperar com colegas e técnicos nas atividades propostas

A intervenção direta com a C.M. iniciou-se a 15 de novembro e terminou a 30 de junho, nas sessões de atividade motora e nas sessões de atividade em meio aquático. Todas as intervenções têm objetivos específicos, anuais, realizados pelas técnicas responsáveis por cada atividade, que pretendem aumentar a funcionalidade da cliente. A observação para recolha de dados da C.M. teve início em outubro, onde foi possível conhecer os objetivos trabalhados nesse ano e quais as estratégias utilizadas. É pertinente a apresentação dos objetivos do ano de 2011 pois alguns são de continuidade, transitando para o ano seguinte, e porque através da observação participada, estes objetivos acabaram por ser trabalhados pela estagiária até dezembro de 2011.

**Tabela 12 - Objetivos específicos da atividade em meio aquático de 2011**

Objetivo específico	Critério de êxito	Monitorização
Manter autonomia no vestir e no despir	Com ajuda verbal moderada e física mínima	Parcialmente alcançado (necessita apoio verbal moderado e de apoio físico moderado)
Manter autonomia no banho	Ajuda verbal moderada	Parcialmente alcançado
Demonstrar satisfação pela realização da atividade	Ausência de comportamentos estereotipados de auto e hétero agressão	Parcialmente alcançado
Realizar deslocações na posição vertical	Apoio físico moderado e ajuda verbal mínima	Parcialmente alcançado

**Tabela 13 - Objetivos para a atividade motora e a caminhada de 2011**

Objetivo específico	Critério de êxito	Monitorização
Demonstrar satisfação pela realização da atividade	Ausência de comportamentos estereotipados de auto e hetero agressão	Parcialmente alcançado
Realizar as atividades propostas	Ajuda verbal moderada	Parcialmente alcançado (ajuda verbal moderada e ajuda física moderada)

No início de janeiro foi aplicada pela estagiária a escala de intensidade de apoios (EIA) para complementar os resultados da ECAP.

De uma forma geral nas atividades da vida diária a C.M. apresenta uma necessidade de apoios verbal ou ajuda física parcial, com tempo de apoio diário a variar entre 30 minutos e menos de 2 horas.

Relativamente às atividades da vida comunitária a necessidade de apoios mais presente é o apoio verbal com tempo de apoio diário máximo até 30 minutos, com frequência semanal.

No que toca às atividades de aprendizagem ao longo da vida a C.M. apresenta necessidade de apoio verbal e apoio físico parcial, com tempo diário de apoio a variar entre 30 minutos a 2 horas, com a exceção do item “aprender a utilizar estratégias de resolução de problemas” que é necessário um tempo diário de apoio de mais de 4 horas.

Nas atividades profissionais apresenta necessidade de apoio físico parcial ou total, dependendo da complexidade da tarefa (e.g. “completar tarefas laborais a um ritmo aceitável” e “completar tarefas laborais com uma qualidade aceitável”) e com um tempo diário de apoio de mais de 4 horas.

Na realização de atividade de saúde e segurança uma maior diversidade de apoios, desde verbal, físico parcial (“tomar medicação”) e físico total (“evitar riscos de saúde” e “aprender como aceder a serviços de emergência”), e um tempo diário de apoio máximo até 30 minutos.

Durante as atividades sociais a C.M. necessita apenas de supervisão, com apoio diário de apoio de entre 30 minutos e 2 horas.

É nas atividades de proteção e representação que existe a maior necessidade de apoio, sendo maioritariamente o apoio físico total com um tempo diário de apoio médio de mais de 4 horas.

Existe alguma necessidade excecional de apoio médico para “tomar precaução a nível de convulsão/crises” e de apoio comportamental para “prevenir comportamentos de agressão contra terceiros” e “manter tratamento de saúde mental”. Apresenta uma elevada necessidade de apoio comportamental para “prevenir auto-lesão”, “prevenir comportamentos não agressivos mas inapropriados” e “prevenir crises emocionais”.

Com a conjugação da observação, aplicação da EIA, consulta da ECAP e tendo em conta os pedidos da família foram elaborados, pela estagiária, os novos objetivos específicos para o ano de 2012.

**Tabela 14 - Objetivos específicos de atividade em meio aquático do ano de 2012**

Objetivo específico	Critério de êxito	Monitorização (julho)
Manter autonomia no vestir e no despir	Com ajuda verbal mínima e física moderada	Alcançado
Manter autonomia no banho	Ajuda verbal mínima e física mínima	Alcançado
Alcançar a descontração muscular.	Apoio físico máximo e apoio verbal moderado	Parcialmente alcançado

Os objetivos referentes à autonomia foram trabalhados apenas nos dias de atividade em meio aquático. Nos balneários a cliente era encorajada a ser ela própria a

tratar da sua roupa e da sua higiene. Foi possível verificar que a C.M. conseguia manter alguma autonomia tanto no despir e vestir como na higiene, mas talvez por um excesso de condescendência da família, não se predispunha a iniciar a tarefa. Como estratégia para contrariar a passividade e potencializar a sua capacidade, o apoio físico foi diminuindo progressivamente, sendo utilizado mais o apoio verbal e o apelo à imitação. Apenas se verificaram dificuldades no despir roupa mais elástica e apertar os atacadores. Relativamente à higiene, as dificuldades prendem-se no abrir e fechar corretamente as embalagens dos produtos de higiene, separar a roupa molhada e secar o corpo corretamente.

O objetivo referente à descontração muscular focava-se principalmente em obter um certo nível de relaxamento durante as atividades passivas executadas na água para melhorar a postura. A C.M. apresenta uma má postura com curvatura do tronco para a frente. Verificou-se alguma dificuldade em aceitar a posição de decúbito dorsal, pois além de perder o contato e a referência visual da estagiária ou técnicas, exige um alongamento e alinhamento do tronco não habitual, podendo causar desconforto. Na posição de decúbito ventral não se verificou tanta resistência, mas era necessário relembrar que a atividade era passiva e ajustar o material de forma a má postura não se intensificar, pois se o apoio fosse dado apenas no tronco as pernas fletiam.

**Tabela 15 - Objetivos específicos de atividade motora de 2012**

Objetivo específico	Critério de êxito	Monitorização (julho)
Interagir com os colegas do grupo	Apoio verbal moderado e físico mínimo	Parcialmente alcançado
Realizar as atividades propostas	Apoio verbal mínimo e físico mínimo	Alcançado

Uma vez que a C.M. tem tendência em focar-se demasiado e privilegiar a interação com os técnicos, tentou-se trabalhar a interação da C.M. com o grupo, promovendo trabalho de equipa e cooperação. É necessário continuar a trabalhar este objetivo para que a cliente não se prenda demasiado às técnicas, exigindo atenção e motivação adicional. Desde o início da intervenção a C.M. tentava dar a mão e manter-se próxima da estagiária. O que se pretende é que futuramente durante as sessões a C.M. não se focalize nas técnicas mas no grupo.

O objetivo relativo à participação interliga-se com o anterior, pois se a C.M. tiver a atenção e reforço verbal do técnico ela faz os exercícios, caso a atenção seja mais para o grupo há uma postura mais passiva e recusa em realizar os exercícios. Assim, ao tentar que a C.M. interaja mais com o grupo, pretende-se que se sinta motivada em realizar as atividades como parte do mesmo e não procure tanto a figura de referência que esteja a dar a sessão.

O diagnóstico de *atraso global de desenvolvimento* de etiologia desconhecida da C.M. foi realizado por uma psicóloga na altura da primeira observação, a 14 de novembro de 1979. Realizou vários EEGs, que não apresentavam nenhuma alteração. Foram realizadas análises e análise do cariotipo que estavam normais. Tendo em conta que o diagnóstico foi realizado há 33 anos, seria benéfico realizar novos testes para verificar o diagnóstico, identificar novas necessidades ou limitações e atualizar a denominação da sua condição. Atualmente existe um novo método de diagnóstico que envolve a aplicação da ECAP, teste psicométrico, levantamento de áreas fortes e fracas e realizar um perfil de apoios necessários, através da EIA.

### **Outras Atividades**

Ao longo do estágio foi possível participar em outras atividades, mais ligadas com o funcionamento do CTVAA. O envolvimento e interesse crescente pelo funcionamento

diário do centro proporcionaram a oportunidade de colaborar em situações que contribuíram para a formação pessoal e académica da estagiária.

Para além das atividades exigidas pelo regulamento de estágio, também se pode salientar:

- Participação em atividades desportivas Intercentros, onde a estagiária acompanhava, juntamente com as orientadoras, um grupo de clientes do CTVAA no desenvolvimento de várias atividades desportivas organizadas por outras instituições;
- Colaboração na festa de natal da CERCILisboa, como monitora de um grupo de clientes do CTVAA antes e durante a festa de Natal;
- Assegurar autonomamente a dinamização das sessões de atividade motora de segunda-feira, constituídas por um grupo de 4 clientes;
- Participação na construção da escala de qualidade de vida e expectativas dos clientes da CERCILisboa, na revisão da escala já existente e construção de novas questões para incluir no questionário;
- Participação na reunião de pais a convite da diretora técnica, onde foram apresentados os resultados do questionário de satisfação das famílias sobre os apoios prestados;
- Colaboração na campanha Pirlampo Mágico 2012;
- Continuação do estágio em regime de voluntariado até fim de julho;
- Colaboração no “Festival H<sub>2</sub>O”, onde os clientes que têm atividade em meio aquático demonstraram, com ajuda das técnicas, estagiária e monitoras, as suas capacidades no meio aquático para as famílias;
- Colaboração no Arraial do CTVAA, ajudando na venda de rifas para angariação de fundos, onde participaram técnicos, clientes e as suas famílias;
- Colaboração no projeto “Gente gira”, colónia de férias inclusiva de crianças com e sem necessidades especiais no CTVAA, onde a estagiária recebia as crianças todas as manhãs e durante o dia dinamizava atividades lúdicas ou as acompanhava noutras atividades recreativas;
- Colaboração com as alunas de 1º ano de mestrado na elaboração do trabalho da unidade curricular Avaliação e Intervenção no Apoio à Vida Independente, supervisionando e ajudando na aplicação da EIA e ECAP a dois clientes do CTVAA.

Paralelamente ao estágio foi proposta a realização de um projeto de investigação, que tivesse valor científico relevante para o centro.

### **Projeto de Intervenção/Investigação**

Como projeto de investigação, foi proposto uma parceria entre o CTVAA e o Clube Hípico Militar “Os Lanceiros” para implementar e desenvolver um programa de hipoterapia e equitação terapêutica para os clientes. O principal objetivo para a realização deste projeto era proporcionar um maior leque de terapias complementares para a CERCILisboa. Devido a incompatibilidade de horários e questões de orçamento o projeto não foi concretizado.

Uma vez que não foi possível concretizar o projeto inicial, foi feito um estudo exploratório com a Escala de Intensidade de Apoios para fazer um levantamento do perfil de apoios que os clientes do CTVAA apresentam.

A EIA foi aplicada a 30 clientes, escolhendo aleatoriamente 6 clientes de cada sala. Todos os participantes apresentavam DID, 16 eram do género feminino (53,3%) e 14 do género masculino (46,7%), sendo o intervalo de idades entre 16 e 49 anos de

idade (média=32,63, sd=7,721). A aplicação da EIA decorreu entre janeiro e março. Para iniciar a aplicação foi necessário enviar um consentimento informado às famílias dos participantes, de seguida explicar o propósito da escala às técnicas responsáveis das salas e a alguns clientes e pedir disponibilidade para responderem. Depois de chegados os consentimentos informados iniciou-se a aplicação. Todas as segundas-feiras de manhã a estagiária deslocava-se até uma sala onde questionava a técnica responsável sobre os itens da EIA. Caso houvesse indicadores que o próprio cliente conseguisse responder, as perguntas eram dirigidas ao mesmo e posteriormente os resultados eram verificados com as técnicas.

É de relembrar que os apoios da EIA se dividem em quatro categorias de acordo com a intensidade do apoio prestado, “nenhum” que equivale a 0, “presença de técnico” equivale a 1, “ajuda verbal ou gestual” equivale a 2, “ajuda física parcial” equivale a 3 e “ajuda física completa” equivale a 4.

**Tabela 16 - Atividades da vida diária**

	Min	Max	$\bar{X}$	sd
S1A1 – usar o WC	0	3	,10	,548
S1A1 – tratar da roupa	0	4	1,67	1,028
S1A1 – preparar refeições	0	4	2,60	1,102
S1A1 – comer	0	2	,13	,507
S1A1 – tratar e limpar a casa	0	4	1,50	1,225
S1A1 – vestir	0	3	,80	1,186
S1A1 – higiene	0	4	1,33	1,373
S1A1 – uso de eletrodomésticos	0	4	1,50	1,106

De uma forma geral, consegue-se verificar na tabela 16 que em todos os itens da atividade da vida diária há variedade de apoios, existindo clientes que não requerem qualquer tipo de apoio e aqueles que necessitam de apoio físico total. Em todos os itens o apoio máximo necessário é “apoio físico total”, excetuando o item “comer” em que o apoio máximo necessário é “ajuda verbal ou gestual”. Olhando para os valores das médias poder-se-á dizer que na maior parte das atividades, os clientes avaliados necessitam apenas de supervisão ou reforço verbal, exceção feita ao item “preparar refeições” onde se verifica uma variação entre “ajuda verbal ou gestual” e “ajuda física parcial”.

No CTVAA o treino das atividades da vida diária é feito diariamente, com as técnicas a incentivar o cliente a realizar as atividades autonomamente. Tarefas como “preparar refeições” e “tratar e limpar a casa” são condicionadas com fatores culturais. Muitas vezes os pais percecionam os seus filhos e as suas capacidades como frágeis, protegendo-os e realizando muitas das atividades por eles com medo que os seus filhos, mesmo sendo adultos, se magoem.

**Tabela 17 - Atividades da vida comunitária**

	Min	Max	$\bar{X}$	sd
S1B1 – deslocar-se na comunidade	0	3	1,37	1,06
S1B2 – participar nas atividades recreativas/lazer	0	4	1,10	,60
S1B3 – usar serviços públicos	0	4	1,30	,91
S1B4 – visitar amigos e familiares	0	4	1,47	,86
S1B5 – participar em atividades comunitárias	0	4	1,20	,84
S1B6 – ir às compras	0	4	1,50	,861

S1B7 – interagir com os membros da comunidade	0	2	,47	,629
S1B8 – aceder a edifícios públicos	0	4	,43	,971

Tal como na tabela anterior, nas atividades da vida comunitária (tabela 17) existe variedade de apoios em todos os itens, existindo clientes que não necessitam de qualquer tipo de apoio, apesar de haver clientes que precisam de ajuda física para realizar as tarefas. O apoio que em média é mais necessário será a “presença do técnico” e a “ajuda verbal ou gestual”.

Os clientes têm contacto constante com a comunidade em diversas atividades. Na atividade em meio aquático utiliza-se uma piscina pública, onde os clientes estão em permanente contacto com a comunidade. Os encontros intercentros também privilegiam o contacto da população especial com a comunidade, utilizando frequentemente instalações públicas para dinamizar atividades. Os clientes com mais autonomia deslocam-se sozinhos nos transportes públicos e muitas vezes vão com a família ou amigos a eventos (e.g. jogos de futebol e concertos de música) ou às compras.

**Tabela 18 - Atividades de aprendizagem ao longo da vida**

	Min	Max	$\bar{X}$	s.d
S1C1 – interagir com outros em atividades de aprendizagem	0	2	,53	,681
S1C2 - participar nas decisões de treino/educação	0	4	1,50	,938
S1C3 - aprender a utilizar estratégias de resolução de problemas	0	3	2,13	,629
S1C4 - utilizar tecnologias para a aprendizagem	0	4	1,77	1,223
S1C5 - aceder a contextos e formação/educação	0	3	1,57	,971
S1C6 - adquirir aprendizagens funcionais	0	3	1,27	1,202
S1C7 - aprender habilidades de educação física e educação para a saúde	1	3	1,77	,504
S1C8 - aprender capacidades de autodeterminação	0	3	1,80	,805
S1C9 - aprender estratégias de auto-reforço	0	3	1,90	,712

Já um pouco diferente das outras tabelas, nas atividades de aprendizagem ao longo da vida (tabela 18), o item “interagir com outros em atividades de aprendizagem” destaca-se por ter um nível de apoio máximo necessário baixo, apenas “ajuda verbal ou gestual”. De referir também que o nível de apoio mais intensivo, “apoio físico completo” só aparece em dois itens, “participação nas decisões de treino/educação” e “utilizar tecnologias para a aprendizagem”, contrariando a tendência das secções anteriores. Nos restantes itens o apoio máximo necessário é o “apoio físico parcial”, com uma média de apoios a tender para o “ajuda verbal ou gestual”.

Durante o dia-a-dia no centro existe a aprendizagem de capacidades funcionais ou a realização de tarefas para manter essas capacidades. Foi possível observar que na maior parte dos casos a estratégia utilizada para promover a aprendizagem é o “ajuda verbal ou gestual”.

**Tabela 19 - Atividades profissionais**

	Min	Max	$\bar{X}$	s.d
S1D1 - aceder às instalações e tarefas laborais	0	3	,33	,922
S1D2 - aprender e utilizar habilidades profissionais específicas	0	4	2,07	,828
S1D3 - interagir com os colegas	0	1	,30	,466
S1D4 - interagir com os supervisores/formadores	0	1	,07	,254
S1D5 - completar tarefas laborais com um ritmo aceitável	0	4	1,33	1,155
S1D6 - completar tarefas laborais com uma qualidade aceitável	0	4	1,50	1,280
S1D7 - mudar de função/cargo profissional	0	4	1,87	1,042

S1D8 - procurar informação e assistência de um empregador	0	4	2,03	,556
---	---	---	------	------

Nesta secção (tabela 19), no que toca aos dois itens que avaliam a interação, tanto com colegas como supervisores, o apoio máximo necessário é a “presença do técnico”. À exceção do item aceder às instalações e os itens referente à interação, existe uma necessidade máxima de apoios de “ajuda física completa”. No entanto a média de apoios necessários para a realização destas atividades divide-se entre “ajuda verbal ou gestual” para os itens “aprender e utilizar habilidades profissionais específicas”, “procurar informação e assistência de um empregador”, “mudar de função/cargo profissional” e “complementar tarefas laborais com uma qualidade aceitável”, e “presença do técnico” para os restantes.

Nas tarefas profissionais, apenas 3 participantes desenvolvem atividades socialmente úteis no exterior e para os restantes participantes foram considerados como atividades profissionais as atividades estritamente ocupacionais desenvolvidas nas salas e ateliers. Através de observação direta foi possível comprovar que a “ajuda verbal ou gestual” é bastante utilizada como estratégias de trabalho. No que toca ao “procurar informação e assistência de um empregador”, em todos os casos de clientes em atividades socialmente úteis, os seus empregos foram pesquisadores pela técnica responsável pela monitorização dessa atividade, no entanto os clientes podem expressar a sua vontade de trabalhar uma área específica (e.g. carros, crianças, pacote,...) ou de tentar experimentar novas áreas de trabalho.

**Tabela 20 - Atividade de saúde e segurança**

	Min	Max	$\bar{X}$	s.d
S1E1-tomar medicação	0	3	1,23	1,251
S1E2-evitar riscos de saúde e segurança	0	4	1,37	1,299
S1E3-obter serviços cuidados de saúde	0	4	1,97	,765
S1E4-deslocar-se e mover-se no envolvimento	0	4	,23	,898
S1E5-aprender como aceder a serviços de emergência	0	4	2,13	,819
S1E6-manter uma dieta equilibrada	0	3	2,53	,973
S1E7-manter saúde e aptidão física	1	3	1,77	,504
S1E8-manter o bem-estar emocional	0	2	1,47	,860

De uma forma geral o apoio máximo necessário, ao nível das atividades de saúde e segurança (tabela 20), divide-se entre “ajuda física parcial” e “ajuda física completa”, excetuando o item “manter o bem-estar emocional” que apenas necessita como apoio máximo necessário “ajuda verbal ou gestual”. É de referir que no item “manter saúde e aptidão física” o apoio mínimo necessário é de “presença do técnico”, ou seja, todos os clientes necessitam de, pelo menos, supervisão na realização dessa atividade. A média de apoios encontra-se na “ajuda verbal ou gestual”, com a exceção do item “manter dieta equilibrada” que tem uma média de apoios de “ajuda física parcial”. No refeitório do CTVA os pratos com as refeições já se encontram prontos e em casa, como já foi referido na secção de atividades da vida diária, os clientes necessitam do mesmo tipo de apoio para preparar refeições e por questões culturais, muitas vezes, não realizam esta atividade.

**Tabela 21 - Atividades sociais**

	Min	Max	$\bar{X}$	s.d
S1F1-socializar com quem vive	0	0	,00	,000
S1F2-participar em atividades de recreação/lazer com outros	0	1	,77	,430
S1F3-socializar com terceiros	0	1	,13	,346
S1F4-fazer e manter amigos	0	2	,73	,828



S1F5-comunicar com os outros sobre as suas necessidades	0	2	,87	1,008
S1F6-utilizar habilidades sociais apropriadas	0	3	1,00	,871
S1F7-iniciar e manter relações íntimas e amorosas	0	3	1,07	,907
S1F8-envolver-se em trabalho de voluntariado	0	3	1,93	,691

Nas atividades sociais (tabela 21) é onde se consegue observar uma menor necessidade de apoios. Apesar de continuar a existir variedade de apoios, no itens referente a “socializar com quem vive” todos os clientes cotaram zero, ou seja, não precisam de qualquer tipo de apoio para interagir com quem vivem. Nos itens seguintes, “a participação em atividades de recreação/lazer” e a “socialização com terceiros” o apoio máximo necessitado é “presença de técnico”. No entanto quando a interação passa a ser relativa a amizades o apoio máximo necessário aumenta para “ajuda verbal ou gestual”. Os itens seguintes apresentam um apoio máximo necessário de “ajuda física parcial”. De uma forma geral, neste tipo de atividades, a média de apoios é de “presença de técnico”, com a exceção do item “envolver-se em trabalho de voluntariado” em que a média de apoios é de “ajuda verbal e gestual”.

Em todas as terapias é valorizado o trabalho de socialização e da interação interpessoal, desta forma quase todos os apoios terapêuticos são feitos em grupo e realizam-se tarefas que incluam o trabalho de grupo, a compreensão de como é o outro e quais os limites e regras sociais. Sobre o item “iniciar e manter relações íntimas e amorosas” é importante salientar que o grupo de psicologia organizou sessões de educação sexual de forma a explicar o que implica uma relação sexual e quais os métodos de prevenção para não contrair doenças sexualmente transmissíveis e impedir uma gravidez não planeada. O item “envolver-se em trabalho de voluntariado” foi difícil de explicar a alguns clientes, pois trabalhar sem receber ordenado contradiz a sua realidade. De lembrar que todos os clientes do CTVA recebem uma remuneração monetária pelo seu trabalho, estejam em atividades socialmente úteis (recebem ordenado) ou em atividades estritamente ocupacionais (recebem quando algum dos trabalhos realizados pelo grupo é vendido).

**Tabela 22 - Atividades de proteção e representação**

	Min	Max	$\bar{X}$	s.d
S2E1-auto-representação	0	4	1,80	,761
S2E2-gerir dinheiro e finanças pessoais	0	4	2,30	1,291
S2E3-auto-proteção contra a exploração	1	4	2,10	,845
S2E4-exercer as responsabilidades legais	1	4	2,27	,740
S2E5-pertencer e participar em organizações de apoio e auto-representação	2	4	2,27	,691
S2E6-obter serviços legais	1	4	2,30	,750
S2E7-realizar escolhas e tomar decisões	0	2	1,10	,995
S2E8-representação dos outros	0	4	2,07	,785

As atividades de proteção e representação são de extrema importância para qualquer indivíduo que mantenha uma vida autónoma. Todos os itens, que se encontram na tabela 22, apresentam uma necessidade máxima de apoio de “ajuda física completa”, exceto o item “realizar escolhas e tomar decisões” onde a necessidade máxima de apoio é de “ajuda verbal ou gestual”. Nestas secções a tendência da necessidades mínima de apoio encontra-se dividida, pois 4 itens têm a necessidade mínima de apoio cotada com “nenhum” apoio, 3 itens apresentam necessidade mínima de apoio de “presença do técnico” e um item, “pertencer e participar em organizações de apoio e autorrepresentação” onde a necessidade de apoio mínimo é de “ajuda verbal ou gestual”. Contrariando a necessidade máxima de apoios, de “ajuda física completa”, o item “realizar escolhas e tomar decisões” apresenta uma necessidade máxima de apoio de

“ajuda verbal ou gestual”. É nestas atividades que a média de apoios se encontra mais constante, situando-se na “ajuda verbal ou gestual”.

Na CERC Lisboa existe em cada CAO um grupo de representação dinamizado pelo grupo de psicologia, onde os clientes falam sobre os seus problemas e situações atuais do país. Neste grupo as psicólogas tentam explorar a capacidade que o cliente tem de se autorrepresentar e defender o seu ponto de vista, respeitando a opinião dos restantes colegas. No entanto, este grupo não é extensível a todos os clientes do centro, sendo formado apenas por clientes com necessidades de apoio intermitentes e limitada.

De uma forma, geral compreende-se que no CTVA o apoio utilizado mais frequentemente é a “ajuda verbal ou gestual”. As técnicas pretendem que com reforço verbal ou por apelo à imitação os clientes compreendam o que lhes é pedido e que consigam realizar as tarefas, independentemente do tempo de realização da tarefa.

## **Conclusão**

Ao longo do estágio foi possível ter contato com a realidade de uma instituição que oferece vários apoios a adultos com DID e às suas famílias. Também foi possível verificar a diversidade de características que este tipo de população apresenta.

O aparecimento precoce de características de envelhecimento na população especial foi um dos fatores que teve mais impacto na intervenção. Com este envelhecimento precoce, os clientes começam a ficar mais passivos, problemas físicos intensificam-se e novos problemas comportamentais surgem. É necessário manter sessões com objetivos claros e simples e com tarefas que sejam motivacionais para cativar o seu interesse. Começam a ser valorizadas atividades mais passivas e com objetivos de relaxação. Sentiu-se necessidade de se pesquisar exercícios, estudo e novos instrumentos de avaliação para perceber melhor como proceder para a definição dos novos objetivos.

Verificou-se a necessidade de existir um sistema de avaliação mais simples e contextualizado sobre as várias intervenções. Os sistemas de avaliação atuais são longos, demorando muito tempo para serem realizados pelas técnicas. As escalas atuais dão um conhecimento geral e abrangente do indivíduo, mas não o necessário para algumas áreas de intervenção específicas, não existindo muitas vezes sensibilidade nas escalas para captar os ganhos nessas intervenções.

A preservação da funcionalidade motora e cognitiva sempre foi uma preocupação durante as sessões. Há a necessidade de promover experiências que desafiem as capacidades dos clientes, trabalhando e mantendo as capacidades já consolidadas e aprendendo novas habilidades. O aumento da idade na população especial condiciona o foco de intervenção, ao focar a atenção na manutenção da funcionalidade pois com o aumento da idade tende a haver uma estabilização na aprendizagem de competências e declínio de capacidades aprendidas mas que não sejam utilizadas frequentemente.

Estabelecer e manter uma boa relação com os clientes é fundamental para conseguir conhecer as suas características pessoais, como reações, nível de frustração e estratégias específicas para contrariar problemas comportamentais. Ao longo do estágio foi possível aprofundar uma relação mais empática com certos clientes, o que permitia exigir um pouco mais das suas performances. Estas relações empáticas cingiam-se a reforçar o comportamento positivo dos clientes, muitas vezes com afeto e reforço verbal. No entanto, houve situações de conflito em que foi necessário adotar uma postura mais rígida para controlar alguns comportamentos.

Em todos os momentos do estágio foi possível verificar que o trabalho em equipa no CTVA é de grande importância para melhorar a qualidade de vida dos clientes. Existe uma constante troca de informação entre as técnicas das diversas áreas do centro para proporcionar uma consistência de apoios e estratégias utilizados. A abertura de todas as técnicas às abordagens específicas das diferentes áreas profissionais contribui para um ambiente de partilha e confiança, a base para um trabalho consistente e consciente para promover uma vida adulta e ativa para os clientes. Durante o estágio foi possível absorver conhecimentos de todas essas áreas, promovendo um conhecimento geral de todos os clientes, o funcionamento do centro e os tipos de apoios prestados.

Durante todo este processo de aprendizagem o crescimento pessoal iguala o crescimento profissional. Foi um momento imprescindível para a formação, proporcionando experiências em que se aprende, tanto com o sucesso como com os erros, o que é imprescindível para ser um bom profissional.

## **Reflexão pessoal**

A proposta de estágio é-nos apresentada como uma oportunidade de aprendizagem com técnicos que já têm muitos anos de experiência e como um desafio a superar. E é, realmente, com a prática que se aprende a aplicar tudo aquilo que se aprendeu com a teoria. No entanto, o conhecimento teórico parece não ser suficiente para enfrentar os desafios diários no local de estágio, e é na discussão e partilha de experiências com as orientadoras que muitas vezes se encontra a resposta adequada para a situação. A capacidade para enfrentar e ultrapassar esses desafios depende da vontade de cada um de se superar, de mostrar que o empenho e a entrega são fatores fundamentais para qualquer trabalho.

A aprendizagem não se foca apenas nos ensinamentos passados pelas orientadoras, passa também pela relação estabelecida com outros técnicos do centro. Essas relações de partilha ajudam a compreender as características pessoais dos clientes nos diferentes contextos, juntamente com algumas histórias pessoais que possam ser relevantes para compreender alguns comportamentos. A construção de uma relação empática e que inspire segurança e compreensão é importante para facilitar a reciprocidade relacional entre técnico e cliente.

Ao longo do estágio foi possível lidar com diferentes situações em que a capacidade de improvisação e rápida reação é de extrema importância. O facto de existir um planeamento que delinea a intervenção, não invalida que muitas vezes ele tenha de ser alterado ou completamente mudado. Conseguir reagir e repensar no momento sobre os planeamentos e recriar uma sessão com novos elementos é uma capacidade adquirida que se revela essencial para o futuro.

O contacto com a realidade institucional da população adulta com DID permitiu perceber o papel importante que um trabalho contínuo e consistente tem para promover e melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Todo o centro opera sobre uma abertura de mentalidades, onde as imperfeições nos trabalhos realizados são vistas como “imagem de marca” e não como defeitos que devem ser escondidos. Esta visão estende-se, para além dos trabalhos, para a vida real, onde todas as características pessoais são aceites e trabalhadas. Também foi possível perceber que a presença desta população na comunidade é bastante importante para o centro. Promover um papel ativo e presente desta população na comunidade é uma das missões que o CTVAA tem trabalhado ao longo dos anos, ensinando aos clientes comportamentos sociais e como expressarem escolhas e decisões tomadas por eles próprios.

Atualmente, o foco da intervenção pretende preservar a funcionalidade do cliente de modo que este possa realizar as atividades da vida quotidiana com o mínimo apoio possível. A razão para não existirem sessões puras de psicomotricidade prende-se no facto de o número de clientes no CTVAA e a estruturação de funcionamento não permite que haja horário possível para a criação deste apoio. O grupo em que foi possível desenvolver uma intervenção psicomotora mais constante e consistente tinha apenas 3 elementos, sendo o grupo mais pequeno na atividade motora. O número reduzido de clientes permitiu ter em atenção todas as suas dificuldades, reações e comportamentos. Também ficou mais simples focalizar correções e reforços necessários. No entanto, a atividade motora apresenta bastantes pontos positivos para ser utilizada como meio de intervenção, pois permite uma exploração das capacidades motoras e cognitivas dos clientes. De um certo modo ao utilizarem as vivências motoras para influenciar os processos cognitivos é esperado que o processo de aprendizagem do cliente se torne mais concreto e fácil de assimilar.

Durante o estágio foram sentidas algumas dificuldades. Inicialmente foi difícil estabelecer uma figura de referência e de autoridade dentro e fora das sessões, mas com o tempo e o ganho de confiança foi possível adotar uma nova postura que permitiu afirmar uma posição de autoridade sempre que necessário.

A aquisição e desenvolvimento de competências profissionais foram efetivos e contribuíram também para o desenvolvimento pessoal. Globalmente, posso considerar todo o estágio como uma experiência extremamente positiva e enriquecedora.

## Bibliografia

Allen, S. et al (2001). Manual do profissional de fitness aquático. Aquatic exercise association. Shape.

American Psychiatric Association (2004). DSM - IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi Editores

Antonarakis, S.E.; Lyle, R.; Dermitzakis, E.T.; Reymond, A. & Deutsch, S. ( 2004). Chromosome 21 and down syndrome: from genomics to pathophysiology. Nature reviews genetics, 5, pp. 725-738.

Arroyo, C.; Oliveira, S. (2007). Atividade aquática e a psicomotricidade de crianças com paralisia cerebral. Motriz , 13 (2), 97-105.

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses. Lisboa

Brown, L.; Branston, M.B.; Hamre-Nietupski, S; Certo, N. & Gruenewald, L., (1991), Estratégia para o Desenvolvimento do Conteúdo Curricular Funcional e Adequado à Idade Cronológica para Adolescentes e Adultos Jovens com Deficiências Graves, fornecido por Ministério da Educação, DEB, Lisboa

C.M.L. (2011). *Câmara Municipal de Lisboa*. Obtido em 5 de Novembro de 2011, de Complexo Desportivo Municipal Casal Vistoso: <http://www.C.M.-lisboa.pt/?idc=473&idi=41887>

CERCILisboa. (2011a). *Regulamento Interno - Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa*.

CERCILisboa. (2011b). Obtido em 29 de Outubro de 2011, de Histórico: [http://www.cercilisboa.org.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=74&Itemid=191](http://www.cercilisboa.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=191)

CERCILisboa. (2011c). Obtido em 4 de Novembro de 2011, de Respostas/Serviços Sociais: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/>

CERCILisboa. (2011d). *Regulamento Interno - Geral*.

CERCILisboa (2011e). *Código de Ética*.

CERCILisboa (2011f). Obtido em 4 de Novembro de 2011, de Missão, Visão e Valores: <http://www.cercilisboa.org.pt/missao-visao-e-valores/>

CERCILisboa. (2011g). Obtido em 4 de Novembro de 2011, de Intervenção Precoce na Infância: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/intervencao-precoce-na-infancia/>

CERCILisboa. (2011h). Obtido em 4 de Novembro de 2011, de Centro de Formação Profissional: <http://www.cercilisboa.org.pt/superdestaques/centro-de-formacao-profissional/centro-de-formacao-profissional/>

CERCILisboa. (2011i). Obtido em 4 de Novembro de 2011, de Centro de Recursos para a Inclusão: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-recursos-para-a-inclusao/>

CERCILisboa. (2011j). Obtido em 4 de Novembro de 2011, de Lar Residencial: <http://www.cercilisboa.org.pt/lar-residencial/>

CERCILisboa. (2011k). Obtido em 4 de Novembro de 2011, de CAAAPD - Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação de Pessoas com Deficiência: <http://www.cercilisboa.org.pt/caaapd/>

CERCILisboa. (2011m). Obtido em 4 de Novembro de 2011, de Centro de Atividades Ocupacionais: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-atividades-ocupacionais/>

Chapman, R.S. & Hesketh, L.J. (2001). Language, cognition, and short-term memory in individuals with Down syndrome. Down Syndrome Research and Practice, 7(1), 1-7. Acedido em 13 de Julho no site: <http://www.down-syndrome.org/reviews/108/>

Decreto-Lei 18/89 de 11 de janeiro de 1989, obtido em 4 de Novembro de [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=25362&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=25362&m=PDF)

Dewey, D. & Tupper, D.E. (2004). *Developmental motor disorders: a neuropsychological perspective*. Guilford Press.

Fisch, H.; Hyun, G.; Golden, R.; Hensle, T.W.; Olsson, C.A. & Liberson, G.L. (2003). The influence of paternal age on down syndrome, 169, 2275-2278

Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, nº 3/4, pp. 125-140.

Gamliel, I. e Yirmiya, N. (2009). Assessment of social behavior in autism spectrum disorders. In S. Goldstein, J. Naglieri e S. Ozonoff (Ed.), *Assessment of autism spectrum disorders*, pp. 139-170. The Guilford Press, NY, USA.

Godinho, M; Mendes, R.; Melo, F. & Barreiros, J. (2007). *Controlo motor e aprendizagem. Fundamentos e aplicações*. FMH edições, 3ª edição

Goldstein, S. e Ozonoff, S. (2009). Historical Perspective and overview. . In S. Goldstein, J. Naglieri e S. Ozonoff (Ed.), *Assessment of autism spectrum disorders*, pp. 1-17. The Guilford Press, NY, USA

Lambeck, J. & Gamper, U. (2010). The Halliwick concept. In Becker, B.E. & Cole, A.J. (Ed.), *Comprehensive Aquatic Therapy*. Washington State University Publishing, Pullman WA; 3ª edition

Lambert, N., Nihira, K. & Leland, H. (1993). *AAMR Adaptive Behavior Scale School* (2ª ed.). Austin, TX: PRO-ED.

Leite, J., & Prados, G. (2004). *Paralisia Cerebral - Aspetos Fisioterapêuticos e Clínicos*. Neurociências, pp. 41-45.

Lovering, J.S. e Percy, M.(2007). Down Syndrome. In Brown, I. e Percy, M. (Ed.), *A comprehensive guide to intellectual & developmental disabilities*, pp. 149-172. Paul H. Brookes Publishing Co.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., & Tasse', M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10ª ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

Mancini, M.; Fiúza, P. (2002). Comparação do Desempenho de Atividades Funcionais em Crianças com Desenvolvimento Normal e Crianças com Paralisia Cerebral. *Arquivo Neuropsiquiatria*, 60, 446 - 452.

Martin, S. (2006). *Teaching Motor Skills to children with Cerebral Palsy and Similar Movements Disorders - A Guide for Parents and Professionals* (1ª ed.). Woodbine House

Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. da Fonseca & R. Martins (Ed.), *Progressos em psicomotricidade*, pp. 29-40. Cruz Quebrada: FMH Edições.

Martins, R; Simões, C. & Brandão, T. (2011). Documento orientador para a elaboração e avaliação do relatório do ramo de aprofundamento de competências profissionais. Faculdade de Motricidade Humana.

Matias, A. (2005). Terapia psicomotora em meio aquático, in *A Psicomotricidade*, 5, pp 68-76.

Morato, P & Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. A mudança de paradigma na conceção da deficiência mental, in *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, pp. 51-55.

Morato, P. & Amante, A. (2002). Fenótipo comportamental na pessoa com trissomia 21: o autoconceito. *Revista de educação especial e reabilitação*, 9, nº1-2, pp.37-51.

Morato, P. & Gonçalves, L. (2001). És feliz? Uma abordagem ao estudo da felicidade de jovens com trissomia 21. *Revista de educação especial e reabilitação*, 8, nº2, pp.23-29.

Morato, P. (1995). Deficiência Mental e Aprendizagem - Um estudo sobre a cognição espacial de crianças com Trissomia 21. Lisboa: Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa com vista à obtenção do grau de Doutor em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação. UTL.

Núñez, J.A. & Berruezo, P. (2002). *Psicomotricidad y educacion infantil*. CEPE.

Onofre, P.S. (2004). A criança... e a sua psicomotricidade: uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional. Lisboa: Trilhos Editora.

Organização Mundial de Saúde (2004). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Direcção-Geral de Saúde, Lisboa.

Pérez, B. (2001). El espaço acuático, consultado em 12 de junho no site <http://www.efdeportes.com/efd7/beap71.htm>

Porretta, D. (1995). Cerebral Palsy, Traumatic Brain Injury, and Stroke. In J.Winnick, *Adapted Physical Education and Sport*. Ohio: Human Kinetics.

Potle, C. (1999). Le corps et l'eau: une mediation en psychomotricite. Erés.

Rodrigues, D. (1991). Métodos e estratégias em educação especial. Antologia de texto – Volume I. FMH edições.

Roizen, N.J. & Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *Lancet*, 361(12), pp. 1281-1289.

Rosenbaum, P. (2005). Cerebral palsy: what parents and doctors want to know. *BMJ*, 326, pp. 970-974.

Rosenbaum, P.; Paneth, N.; Leviton, A.; Goldstein, M.; Bax, M.; Damiano, D.; Dan, B. & Jacobsson, B. (2006). A report: the definition and classification of cerebral palsy . *Developmental Medicine & Child Neurology Supplement*, 109, pp. 8-14.

Sampedro, M., Blasco, G., & Hernández, A. (1997). A criança com síndrome de Down. In Bautista, R. (Ed.). *Necessidades educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.

Santos, S (2001). Comportamento Adaptativo II, in revista de Educação Especial e Reabilitação, 8, nº1, pp. 73-77.

Santos, S. (2000). Comportamento Adaptativo, in Revista de Educação Especial e Reabilitação, 7, nº1, pp. 37-46.

Santos, S. (2002). Comportamento adaptativo, qualidade de vida e "self-advocacy". *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 9, nº1, pp. 53-63.

Santos, S. (2007). Estudo psicométrico de comportamento adaptativo versão portuguesa (ECAP). Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de doutor em educação Especial. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.

Santos, S. e Morato, P. (2004). Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa

Santos, S.; Morato, P.; Monteiro, A.; Fiúza, R.; Carvalho, R. & Nunes, S. (2008). Adaptação da escala de intensidade de apoios: estudo preliminar. *Revisão de educação especial e reabilitação*, 15, pp. 43-63.

Sarmiento, P. (2001). A experiência motora no meio aquático. Edições Omniserviços. Algés.

Schalock, R. L.; Borthwick-Duffy, S. A.; Bradley, V. J.; Buntinx, W. H. E.; Coulter, D. L.; Craig, E. M.; Gomez, S. C.; Lachapelle, Y.; Luckasson, R.; Reeve, A.; Shogren, K.A.; Snell, M.E.; Spreat, S.; Tassé, M.J.; Thompson, J.R.; Verdugo-Alonso, M.A.; Wehmeyer, M.L. & Yeager, M.H. (2009). *Intellectual Disability – Definition, Classification, and Systems of Supports*. AAIDD. 11ª Edição, Washington, D. C.

Shalock, R. L.; Luckasson, R. A.; Shogren, K. A.; Borthwick-Duffy, S.; Bradley, V.; Buntinx, W. H.; Coulter, D.L.; Craig, E.M; Gomez, S.C.; Lachapelle, Y.; Reeve, A.; Snell, M.E.; Spreat, S.; Tassé, M.J.; Thompson, J.R.; Verdugo, M.A.; Wehmeyer, M.L. e Yeager, M.H. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the change to the term Intellectual Disability. *Intellectual developmental disabilities*, 45 (2), pp. 116-124.



Shalock, R.L.; Luckasson, R.; Bradley, V.; Buntinx, W.; Lachapelle, Y.; Shogren, K.A.; Snell, M.E; Thompson, J.R; Tassé, M; Verdugo-Alonso, M. e Wehmeyer, M.L. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports User's Guide*. American Association on Intellectual and Development Disabilities.

Sherrill, C. (1997). *Adapted physical activity, recreation and sport - Cross disciplinary and lifespan*. USA: Ed Bartell

Siegel, B. (2008). *Getting the best for your child with autism: an expert's guide to treatment*. The Guilford Press, NY, USA

Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, D. A., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M., & Wehmeyer, M. (2004). *The Supports Intensity Scale (SIS): User's manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation

Veiga, C.V. (1999) *Cooperativas de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas: Uma Visão Global*. Lisboa, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

Vieira, J. L., Batista, M. I., Lapierre, A.(2005). *Psicomotricidade Relacional: a teoria de uma prática*. Curitiba, Filosofart/CIAR.

Vieira, J.P. (2009). *Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática*. Perspetivas, 3(11), pp. 64-68.

Wehmeyer M., Chapman E.T., Little D.T., Thompson R.J., Schalock R. & Tassé J.M., (2009). *Efficacy of the Supports Intensity Scale (SIS) to Predict Extraordinary Support Needs*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 114(1), pp. 3-14.

Winders, P. (1997). *Gross motor skills in children with Down syndrome: A guide for parents and professionals*. Woodbine House, Bethesda, MD.

## **Anexos**

## **Anexo A - Avaliações**

**Tabela 23 - tabela resumo das avaliações, iniciais e finais, da ECAP**

Do min io	Auto nomi a		Físi co		Act. Econ ômica		Lingu agem		Nu mer o e tem po		Act. Dom estic a		Act. Voca cional		Person alidad e		Respon sabilida de		Social ização		Compo rtament o social		Confor midad e		Mere cedor de confi ança		Estere otipias		Compo rtament o Sexual		Compo rtament o abusivo		Ajusta mento social		Compo rtament o interpe ssoal	
Mo me nto	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
CM	4 4	6 0	3 2	3 2	0	0	2 5	2 5	1	1	3	3	1	1	7	7	2	2	1 1	1 2	18	18	5	5	4	4	6	6	3	3	1	1	3	2	4	4
AP	4 6	4 6	2 7	2 7	0	0	1 1	1 1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	7	9	12	12	9	9	6	6	2 9	2 6	3	5	10	10	1 4	1 4	8	8
FP	8 6	8 6	3 6	3 6	6	6	3 6	3 6	1 1	1 1	6	6	6	6	1 3	1 3	8	8	2 0	2 0	7	7	7	7	3	3	2	2	0	0	3	3	8	8	5	5
RG	1 0 4	1 0 4	3 7	3 7	9	9	3 8	3 8	1 7	1 7	1 9	1 9	1 1	1 1	2 0	2 0	9	9	2 1	2 1	15	15	6	6	2	2	2 7	2 7	0	0	7	7	0	0	13	13
MC	1 0 0	1 0 0	3 6	3 6	4	4	3 9	3 9	1 1	1 1	1 2	1 2	1	1	7	7	9	9	2 3	2 3	4	4	9	9	1	1	7	7	1	1	5	5	4	4	13	13
FC	9 8	9 8	3 7	3 7	0	0	3 3	3 3	5	5	1 5	1 5	7	7	1 4	1 4	9	9	2 3	2 3	3	3	0	0	4	4	6	6	0	0	1	0	1	1	4	2
JS	7 3	7 3	3 7	3 7	1	1	1 9	1 9	7	7	6	6	5	5	1 1	1 1	6	6	1 7	1 7	17	17	6	6	9	9	1 8	1 8	5	5	4	4	5	5	8	8
RS	9 4	9 4	3 7	3 7	4	4	3 7	3 7	9	9	6	6	7	7	1 7	1 7	8	8	2 0	2 0	12	12	1	1	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0	11	11
LF	8 8	8 8	3 6	3 7	8	8	2 5	2 5	4	4	5	5	4	4	6	6	9	9	2 0	2 0	0	0	5	5	5	5	5	5	0	0	1	1	6	6	3	3
LC	7 6	7 6	3 0	3 0	4	4	1 6	1 6	1 4	1 4	5	5	3	3	1 1	1 1	8	8	1 7	1 7	21	21	5	5	0	0	9	9	1	1	2	1	3	3	6	6
IJ	8 4	8 8	3 6	3 7	2	2	3 1	3 1	1 5	1 5	9	1 0	4	4	1 2	1 2	5	5	1 6	1 6	18	18	6	6	8	8	1 0	1 0	6	8	0	0	4	4	3	5
AE	7 1	7 1	3 4	3 4	0	0	1 6	1 6	3	3	5	5	4	4	8	8	3	3	1 4	1 4	13	13	1 1	1 1	0	0	1 1	1 1	0	0	2	2	7	7	8	8
LN	1 0 2	1 0 2	3 3	3 3	1 2	1 2	3 7	3 7	1 7	1 7	5	5	8	8	2 0	2 0	9	4	2 5	2 5	21	21	6	6	1 3	1 3	5	5	6	6	6	8	1	2	12	12
SR	8	8	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	7	7	1	1	10	10	2	2	2	2	2	2	6	3	1	1	1	1	6	6	5	5	10	6

	2	2	7	7			5	5	0	0	0	0			4	4			3	3							0	0								
HE	9 3	9 3	3 2	3 3	6	6	3 6	3 6	1 2	1 2	9	9	8	8	2 0	2 0	10	10	2 6	2 6	12	12	2	2	3	3	2 0	2 0	1	1	1	0	1	1	7	7
RF	8 4	8 4	3 7	3 7	6	6	2 0	2 0	1	1	6	6	4	4	1 1	1 1	5	5	1 5	1 5	26	26	1 8	1 8	6	6	6	6	0	0	2	2	6	6	8	8
LV	4 7	4 7	2 9	2 9	0	0	1 3	1 3	0	0	0	0	3	3	3	3	1	1	8	8	4	4	1	1	1	1	5	5	3	3	2	2	3	3	0	0

**Tabela 24 - tabela resumo das avaliações, iniciais e finais, da EIA**

	Cliente	CM		AP		FP		RG		MC		FC		JS		RS		LF		LC		IJ		AE		LN		SR		HE		RF		LV	
	Momento de avaliação	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Do míni os	Atividade de vida diária	58	56	61	58	23	23	42	42	19	19	25	25	32	32	22	22	26	26	43	43	28	28	40	40	26	26	21	21	20	20	32	32	43	43
	Atividade da vida comunitária	42	39	50	50	32	32	28	28	22	22	64	64	31	31	31	31	15	15	34	34	36	36	28	28	32	32	30	30	29	29	28	28	38	38
	Atividades de aprendizagem ao longo da vida	63	63	47	47	45	45	39	39	45	45	46	46	48	48	46	46	49	49	43	43	48	48	54	54	37	37	51	51	46	46	59	59	72	72
	Atividade profissionais	61	59	53	53	28	28	23	23	23	23	23	23	33	33	30	30	12	12	33	33	29	29	38	38	27	27	23	23	29	29	40	40	36	36
	Atividades de saúde e segurança16	36	36	49	49	38	38	88	88	40	40	30	30	31	31	44	44	33	33	38	38	26	26	45	45	35	35	35	35	36	36	22	22	46	46
	Atividades sociais	38	36	39	39	16	16	40	40	15	15	21	21	16	16	36	36	28	28	23	23	28	28	36	36	28	28	17	17	27	27	43	43	47	47
	Protecção e representaçã o					36	36	38	38	52	52	38	38	50	50	54	54	54	54	44	44	42	42	59	59	45	45	39	39	35	35	49	49	79	79
	Apoio médico e comportame ntal	12	10	16	16	11	11	77	77	22	22	44	44	11	11	10	10	0	1	5	5	3	3	4	4	8	8	4	4	5	5	4	4	2	2

## **Anexo B – Exemplos de planeamentos**

Sessão de Atividade no Meio Aquático 09/12/2011

Cliente: A.P.

Tabela 25 - Planejamento e relatório resumo de uma sessão de atividade em meio aquático

Domínio	Nome exercício	Descrição	Objetivos específicos	Materiais	Estratégias	Critério de êxito	Duração	Observações
Comportamental	Ritual de entrada	Deve esperar no cais da piscina, aguardando até lhe dizerem para entrar também	Aumentar a tolerância a tempos de espera		Reforço verbal	Ausência de comportamentos de auto e hetero agressão		O cliente demonstrou-se motivado para a atividade e bem-disposto.
Motor Comportamental	Atividade 1	Deslocações verticais a andar até ao outro lado da piscina	Promover a Ativação geral da musculatura. Manter o foco de atenção na tarefa		Reforço verbal.	Realize 2 percursos seguidos, sem percas de atenção.	5 min.	A atividade decorreu de acordo com o planeado.
Motor Comportamental Cognição	Atividade 2	Deslocações verticais agarrando um esparguete com as duas mãos. A estagiária depois puxa o esparguete para dar o impulso para o cliente passar a decúbito ventral.	Desenvolver a técnica de deslocação vertical e a deslocação horizontal com ajuda física. Aumentar a exploração de objetos.	Esparguete	Reforço verbal Apoio físico mínimo.	-Realizar 2 percursos seguidos. -Manipulação de objetos.	12 min.	O cliente não se envolveu na tarefa e acabou por não se desenvolver.
Motor Comportamental Cognição	Momento livre	À medida que a estagiária aumenta ligeiramente a distância entre eles, o cliente dá um impulso e tenta agarrar as mãos da estagiária. Por sua vez, a estagiária aproveita para o puxar e passar para deslocação horizontal.	Promover uma melhor deslocação horizontal.		Reforço verbal. Apoio físico	Aumento regular da distância percorrida em decúbito ventral	12 min.	O A.P. mostrou-se participativo, interativo e bem-disposto.
Motor Comportamental Cognição	Trocas	Passe de bola entre cliente e estagiária. A bola deve deslizar pela água e não ser atirada pelo ar.	Aumentar o tempo de concentração em tarefa. Aumentar a exploração de materiais	Bola	Reforço verbal.	-Realizar seis trocas de bola seguidas; -Manipular o objeto.	8 min.	Não consegue manter muitas trocas de bola seguidas. Atira a bola para outra pista ou para outro lado, preferindo agarrar-se à estagiária e deslizar.
Motor Comportamental	Mergulho	A estagiária agarra os braços do cliente, conta alto até três e depois incentiva a imersão.	Aumentar a tolerância à água na cara.		Reforço verbal. Ajuda	-Realizar imersão sem resistência. -Permitir o toque sem	8 min	Na primeira imersão mostrou-se pouco confortável, mas nas

ental Cognição			Aumentar a tolerância ao toque. Trabalhar o controlo da respiração.		física moderada	resistência		seguintes pareceu mais à vontade.
Comportam ental Social Cognição	Saída da piscina	O cliente deverá sair pelas escadas. Quando chegar ao cais deverá esperar que o monitor/técnico o vá buscar para ir para o balneário.	Aumentar a tolerância a momentos de espera		Reforço verbal	-Ausência de comportamentos agressivos. -ir com o monitor sem mostrar resistência.		Não mostrou resistência em ir com o monitor para o balneário.

Sessão de Atividade Motora: 24/01/2012

Clientes: F.P., R.G., M.C., F.C., J.S., R.S., L., H., N., L.C., C.M., I.J.

**Tabela 26 - Planeamento e relatório resumo de uma sessão de atividade motora**

Domínio	Nome da atividade	Descrição	Objetivos específicos	Materiais	Estratégias	Critério de êxito	Duração	Observações
Cognição Comportam ental Social	Conversa inicial	Os clientes devem entrar no ginásio, cumprimentar as técnicas presentem e sentar-se nos bancos. Uma vez que todos os clientes estão sentados, a estagiária explicará quais os exercícios que serão executados nessa sessão e posteriormente dará início à sessão.	Trabalhar a verbalização. Estimular o cumprimento de regras sociais.		Reforço verbal	-Verbalização de cumprimentos, acontecimentos recentes e sentimentos; -respeitar os outros colegas que estiverem a falar.	5 min	Todos aparentavam boa disposição. A I.J. manteve uma presença calma e ignorava a C.M..



Motor Cognição Comportamento adaptativo	Aquecimento	Os clientes andam à volta do ginásio e seguem as ordens que a estagiária solicitará.	Promover a Ativação geral da musculatura do corpo.		Reforço verbal Demonstração.	-Realizarem os exercícios sem parar; -Realização dos movimentos de acordo com a demonstração e instrução.	10 min	Foi necessário motivar alguns clientes para a atividade. A estagiária realizou alguns dos exercícios junto com o grupo.
Motor Cognição Comportamento adaptativo Social	Atividade 1	Os clientes estão divididos em dois grupos. Cada membro do grupo terá de executar o seguinte percurso: começa de uma ponta do ginásio a correr, ao meio campo agarra um saco de areia que se encontra no chão, prossegue a corrida até fim do campo, bate na baliza e volta para trás, deixando o saco no meio campo. Havia um elemento de cada equipa a fazer o exercício ao mesmo tempo, o próximo elemento só começava a atividade quando o	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a Ativação da musculatura do corpo.</li> <li>- Promover o trabalho de equipa.</li> <li>- Trabalhar no controlo da impulsividade.</li> <li>- Trabalhar o seguimento de regras.</li> <li>- Promover o tempo de concentração e atenção</li> </ul>	Saco de areia	Reforço verbal Demonstração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar pelo menos um percurso sem parar e sem ajuda.</li> <li>- Apanhar e deixar o saco na linha de meio campo.</li> <li>- Bater na mão do colega para “passar a vez”</li> </ul>	10 min	Foram necessárias duas demonstrações. Alguns clientes compreenderam o que era pedido e executaram a atividade bem. O L.C. e a C.M. demonstram ter dificuldade em sequenciar a ordem de tarefas. Corriam a buscar o saco, mas depois voltavam logo para trás. Outros elementos (F.P., J.S. e a L.) por vezes

		colega chega-se e lhe batesse na mão.						esqueciam-se de deixar o saco na linha de meio campo. O R.S. ao início não percebeu o que era para fazer, pois não estava atento.
Motor Comportamento Social Cognição	Atividade 2	Os clientes são divididos em dois grupos iguais. A cada elemento de cada grupo é atribuído um mesmo número. Cada equipa dispõe-se em cima de uma linha de forma a estarem frente a frente. No meio do campo está um objeto. Quando a estagiária chama um número, o elemento de cada equipa que tem aquele número deve correr o mais rápido possível para tentar apanhar o objeto primeiro.	Desenvolver o trabalho de equipa. Trabalhar a capacidade de resolução de problemas. Trabalhar memória associativa. Melhorar o tempo de reação.	Saco de areia	Reforço verbal Ajuda física Demonstração	- Seguirem as regras do jogo - Realizarem a atividade sem sinais de conflito. - Associarem o número à sua vez.	15 min.	Para alguns clientes não foi muito difícil entender a codificação de grupos por números (R.G., L., M.C., N., F.C.). Os restantes demonstravam dificuldade em relaciona-se com o número chamado e ficavam à espera que o outro elemento se mexesse primeiro para depois copiar. Também se notou alguma impulsividade por parte da F.C., da I.J., e

								do H. mas pode estar relacionada com a falta de atenção e não memorização do número. O R.S. não sabia o que era para fazer, pois não esteve com atenção à instrução. A I.J. voltou a demonstrar comportamento s agressivos para com a C.M.
Motor  Relaxação corporal	Relaxação	Os clientes sentam se no chão, os braços abraçam as pernas, a cabeça recai sobre os joelhos. Contraindo o corpo, apertando os braços contra as pernas, as pernas contra o peito. Lentamente começa-se a diminuir as contrações, os braços caem ao longo do corpo, as pernas esticam e as	Trabalhar o relaxamento corporal Treinar o controlo da respiração		Ajuda física Demonstração	Permanecer em silêncio durante a realização da atividade.	5 min	Não foi realizado

		costas caem, até à posição de deitado. Depois de um momento de silêncio, os clientes espreguiçam-se e levantar-se.						
Cognição Verbalização	Conversa final	Os clientes realizam a auto-avaliação e verbalizam quais os exercícios que foram mais difíceis, explicando o porque.	Promover a consciencialização dos comportamentos. Trabalhar a verbalização de pensamentos.			Verbalização coerente do que é pedido	10 min	O R.S. não conseguiu verbalizar corretamente a sequência dos acontecimentos da sessão. Foi pedido que a I.J. pedisse desculpas, mas ela recusou.

